

العلاجات بالناهضات الأفيونية المبادئ التوجيهية لمراجعة التشريعات والأنظمة

P-PG (2017) 15



فريق الخبراء المعني بالشروط الإطارية لمعالجة متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية التي تتضمن وصف الأدوية الناهضة.

تم إعداد التقرير وصياغته في إطار الولاية التي منحها المكتب الاتحادي للصحة العامة إلى مركز مستشفى جامعة فود، فرع الطب النفسي المجتمعي، قسم الإدمان.

مراجعة التقرير: أوليفير سيمون، ريني ستام، روبيرت هاميج، فاليري جونغو

شارك في هذا العمل: مراد مرسنى، احمد بن حسونة، غابرييل غواراسي، محمد حشايشي، غازي كردوس، لويز بنزينستاسلر، كارلو كافليش

إعداد: لورا أمي (الفصل 1.2)، مارك أوريكومب (1.5.1 و 1.5.3)، فاليري جونغو (1.3، 3، 4)، رمزي حداد (1.5.2)، روبيرت هاميج (1.4)، أليساندرو بيرونا (4-5.1.2)، فيليم ك. سكولتن (1.6)، أوليفير سيمون (1.1، 1.7، 2، 4، 5.1.1، 5.2)، ريني ستام (5.3)، ديبويه توزو (1.7.2).

الأمانة العلمية والتنسيق العام للمشروع: أوليفير سيمون وريني ستام

الأمانة والتنسيق اللوجستي: إنغريد فوجيل

Groupe Pompidou - Conseil de l'Europe 2018 ©

جميع الحقوق محفوظة. لا يجوز ترجمة أي جزء من هذا المنشور أو إعادة إنتاجه أو تسجيله أو إرساله بأي شكل أو بأي وسيلة - أكانت إلكترونية (قرص مضغوط، إنترنت، إلخ)، أو ميكانيكية، أو بالتصوير أو التسجيل أو أي وسيلة أخرى - دون إذن خطي مسبق من مجموعة بومبيدو في مجلس أوروبا (pompidou.group@coe.int).

لا تشير التسميات المستخدمة في هذا التقرير والتمثيلات البيانية الواردة فيه إلى أي موقف من جانب مجموعة بومبيدو في مجلس أوروبا فيما يتعلق بالوضع القانوني للدول أو الأقاليم أو المدن أو المناطق أو سلطاتها، ولا فيما يتعلق بطبيعة حدودها.

لا يعني ذكر أسماء الشركات والمنتجات التجارية تأييد مجموعة بومبيدو-مجلس أوروبا لها أو التوصية بها، أو تفضيلها على غيرها بطبيعة مماثلة.

الاقتباس المقترح: مجموعة بومبيدو (2017). المبادئ التوجيهية لمراجعة التشريعات والأنظمة. فريق الخبراء المعني بالشروط الإطارية لعلاجات متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية التي تتضمن وصف الأدوية الناهضة. ستراسبورغ.

الاقتباس المقترح: مجموعة بومبيدو (2017). المبادئ التوجيهية لمراجعة التشريعات والأنظمة. فريق الخبراء المعني بالشروط الإطارية لعلاجات متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية التي تتضمن وصف الأدوية الناهضة. ستراسبورغ.

التمهيد

في الولايات المتحدة، تم تكليف 12 مدعي عام لملاحقة الأطباء والصيدالدة في جميع أنحاء البلاد الذين يصفون الأدوية التي تحتوي على مواد أفيونية بغض النظر عن استخدامها. في الوقت نفسه، تسبب الاستهلاك العشوائي للمواد الأفيونية بكارثة جديدة في أمريكا الشمالية تحولت إلى أزمة تطال الصحة العامة. لماذا تمر الولايات المتحدة بمثل هذه الأزمة؟ كيف يمكن لأوروبا أن تتجنب مثل هذه الأزمة؟

ليس من ولاية هذا التقرير الإجابة على السؤال الأول. لكن نقترح المبادئ التوجيهية والتقرير التوضيحي لتقديم إجابات ملموسة على السؤال الثاني. في الواقع، يجب أن يضمن تنفيذ المبادئ إطاراً آمناً للعلاج وبالتالي منع حدوث مثل هذه الحالة.

وباعتبارها مؤثرات نفسانية خاضعة للمراقبة بموجب الاتفاقيات الدولية، لطالما كُرست أنظمة خاصة للأدوية الأفيونية. طُورت هذه الأنظمة بطريقة محددة في كل بلد، ويمكن القول، مع مرور الوقت وبعد إجراء دراستين مقارنتين من قبل المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان وجامعة لوفان في عام 2001، ومن معهد قانون الصحة لجامعة نوشاتيل في عام 2012، أنها غير متجانسة ولا تتلاءم مع التحديات الحالية. تشير عدة دراسات أجراها الخبراء برعاية الهيئات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، إلى صعوبات رئيسية في الوصول إلى الأدوية الأفيونية والرعاية المرتبطة بها.

بناء على اقتراح من المكتب الفدرالي للصحة العامة في سويسرا، كلف فريق بومبيدو مجموعة من الخبراء لدراسة تأثير القوانين والأنظمة التي تم تطويرها مع مرور الوقت، على الوصول إلى علاجات متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية ونوعيتها. يهدف هذا المشروع إلى وضع توصيات للسلطات التشريعية والإدارية، على شكل مبادئ توجيهية، لتمكينها من تطوير أنظمتها الوطنية المتعلقة بوصف الأدوية الناهضة للأشخاص الذين يعانون من هذا المرض.

لتوجيه عملهم، ركز الخبراء على عنصرين أساسيين: التوصيات الدولية المستمدة من نتائج البحوث العلمية والممارسات الجيدة من جهة، وآخر التطورات في حقوق الإنسان الأساسية المتعلقة بالرعاية الصحية من جهة أخرى.

عندما اجتاحت موجة من تعاطي الهيروين العالم الغربي في أواخر الستينيات، لم يكن المشرعون على علم بهذه النتائج العلمية. فآدوا عملهم بالتجربة والخطأ وبالتالي لجأوا إلى ترسانة من التدابير القمعية للإشراف على ما كان يسمى العلاجات الطبية، «البديلة». بالتالي قامت التدابير التي اتخذوها على استمرار حظر المنتجات المستهلكة. واليوم، مع الخبرة وتطور المعرفة السريرية والوبائية والاجتماعية، نبيّن أن فعالية هذا النهج القمعي غير واقعية. وعلى العكس من ذلك، يتيح الوصول إلى الرعاية بشكل سهل للأشخاص المتضررين ومحيطهم تحسين نوعية حياتهم وتحقيق الاندماج الاجتماعي والمهني وكذلك خفض انتقال الأمراض المعدية والجريمة.

انطلاقاً من هذه الملاحظات، قام خبراء من مجموعة بومبيدو بتحليل العناصر التشريعية التي تعيق الوصول إلى الرعاية الصحية. لكن لم يتوقفوا عند هذا البعد الواحد. إذ ناقشوا أيضاً الإجراءات التبعية اللازمة في مجالات متنوعة مثل تسجيل ومراقبة الأدوية، وتدريب المهنيين الصحيين والإشراف عليهم، والبحوث وعلم الأوبئة، ومراقبة نظام الرعاية الصحية على المستوى الوطني، والتنسيق الضروري على المستوى الدولي. ونتيجة لذلك، وضعت المبادئ التوجيهية وأربعة توصيات أساسية. كان نطاق المشروع هو إصدار توصيات شاملة ومتسقة ومد جسور بين مختلف قطاعات النشاط المعنية في معالجة متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية.

كمن القيمة المضافة للمشروع في تقريب التيارات الحالية للفكر في مجال الصحة العامة وفي مجال حقوق الإنسان. ينعكس ذلك في تكوين فريق الخبراء المشاركين في تنفيذ هذا المشروع وكذلك في الشريكين وراء المشروع: مكتب الصحة العامة ومجموعة بومبيدو وهي هيئة دولية مكرسة لتطوير وتعزيز حقوق الإنسان.

عبرت مجموعة بومبيدو عن التزامها الواضح لتعزيز حقوق الإنسان في السياسات المتعلقة بالأدوية وقررت وضع حقوق الإنسان في صلبها. ولتحقيق هذه الغاية، ردت الدول الأعضاء في مجموعة بومبيدو بأمانة ملموسة وبلورت العديد من الوثائق: وثيقة توجيهية لوضع سياسات متسقة بشأن المخدرات المشروعة وغير المشروعة (2011)، وإعلان أثينا (2013) بشأن حماية الصحة العامة في إطار سياسات المخدرات في سياق التنشيف، ووثيقة التوجيه لتخفيف الأضرار لعام 2013. في الوثيقة الأخيرة، أكدت مجموعة بومبيدو أن تدابير الحد من المخاطر والأضرار لها تأثير في مختلف المجالات، مثل الرعاية الصحية والحماية الاجتماعية والحفاظ على النظام العام والعدالة الجنائية والعلاقات الدولية وحقوق الإنسان. وفي إشارة خاصة ورد ما يلي: "ترتبط سياسات الحد من المخاطر والأضرار ارتباطاً وثيقاً باحترام حقوق الإنسان لأنها تؤثر على رفاهية الأفراد ونوعية حياتهم. ويمكن لتدابير الحد من المخاطر والأضرار أن تلعب دوراً مهماً في التغلب على التحيز والتمييز الناجمين عن تعاطي المخدرات والإدمان." وكانت العلاجات بالناهضات الأفيونية (ما يسمى بالبدائل) من بين التدابير المدرجة في مجموعة بومبيدو.

إذا لم يكن هناك شك في أن استخدام المواد الأفيونية في إطار علاج ما يحتاج إلى المراقبة، فمن الضروري إعادة تعريف ما هو ضروري وكافي لتحقيق توازن أفضل بين التحكم بالمخاطر المرتبطة بخصائص الأدوية الأفيونية وتسهيل الوصول إلى الرعاية. يجب أن يؤدي هذا النهج الجديد إلى دمج هذا المرض في نظام الرعاية الصحية العادي، وإزالته من إطار التهميش الاجتماعي المضر. وباستثناء الحالات المحددة، لا تزال التدابير "غير العادية"، أي الواقعة خارج الإطار الصحي العادي غير مبررة. دفعت هذه الملاحظات الخبراء إلى تحديد التوصيات الأربع الأساسية (إلغاء نظام إصدار الأذونات المسبقة وإزالة الحواجز المالية التي تحول دون الوصول إلى الرعاية وإنشاء هيئة رصد وتنسيق مخصصة وإسداء المزيد من الاهتمام إلى المصطلحات).

ركّز فريق الخبراء خلال عمله على الهدف النهائي المتمثل في تحقيق التوازن الصحيح بين المراقبة اللازمة لتجنب المخاطر الصحية والمخاطر المتعلقة بالسلامة العامة الناجمة عن الوصف غير المنظم، والدفاع عن حقوق ومصالح المرضى الذين يعانون من مرض تطورت رعايته بفضل المعرفة الطبية والوبائية الجديدة.

تفخر مجموعة بومبيدو والمكتب الفدرالي للصحة العامة بتقديم نتائج عمل هذا الفريق الذي يتضمن خبراء متعددي التخصصات وبالتالي المساهمة في تطوير النقاش حول هذه القضايا الحاسمة.

ونشكر جزيلاً هذا الفريق من الخبراء على جودة عمله والتزامه الراسخ، ولا سيما لجنة التحرير التي قادت المشروع ورافقت الصياغة النهائية للمبادئ التوجيهية والتقارير التوضيحية.

باسكال ستروبلر
المدير
المكتب الفدرالي للصحة العامة

جان مالبونفسكي
الأمين التنفيذي
مجموعة بومبيدو

فهرس

15	1	التذكير بالإطار ووضع المشروع في منظوره الملانم
15	1.1	أصل التفويض وتعريفه.
16	1.2	تباين الأنظمة المتعلقة بالعلاجات بالناهضات الأفيونية.
16	1.3	الحق الأساسي في الحصول على الرعاية في القانون الدولي.
19	1.4	وصف المواد الأفيونية في متلازمة الاعتماد: المقاييس التاريخية.
20	1.5	المفارقة في سلامة الأدوية الأفيونية.
20	1.5.1	علم صيدلة المواد الأفيونية.
22	1.5.2	الفعالية السريرية في معالجة متلازمة الاعتماد الأفيونية.
24	1.5.3	الآثار على الصحة العامة والسلامة العامة.
25	1.6	الحواجز الرئيسية للوصول إلى الأدوية الأفيونية.
27	1.7	التحديات المتعلقة بالحواجز التي تعيق الوصول إلى العلاجات بالناهضات الأفيونية.
27	1.7.1	الجودة، التدريب و التكوين
30	1.7.2	استخدام المواد الأفيونية الموصوفة بشكل غير طبي وتسريبها.
31	1.7.3	سجلات الأشخاص في العلاج وحماية البيانات.
32	2	منهجية وضع التوصيات
33	3	المبادئ التوجيهية لأنظمة العلاج بالناهضات الأفيونية
33	الجزء 1	التعاريف وأهداف المبادئ التوجيهية.
34	الجزء 2:	حق الوصول إلى الأدوية الناهضة الأفيونية والرعاية المرتبطة بذلك.
36	الجزء 3:	دور المهنيين الصحيين.
39	الجزء 4:	دور السلطات الحكومية.
42	الجزء 5:	التنسيق الوطني والتعاون الدولي.
43	4	التوصيات الأساسية والحجج
43	4.1	من المبادئ التوجيهية إلى التوصيات الرئيسية.
44	4.2	التوصيات الرئيسية.
44	4.2.1	الرقم 1: «الوصف والإعطاء بدون نظام إصدار أذونات مسبقة».
46	4.2.2	الرقم 2: «الإزالة الفعلية للحواجز المالية التي تعترض الوصول إلى الرعاية».
48	4.2.3	الرقم 3: «المتابعة وتقديم المشورة للسلطات من قبل هيئة استشارية وطنية».
51	4.2.4	الرقم 4: «مصطلحات محايدة ودقيقة ومحترمة للأفراد».
53	5	التطبيق في السياقات الوطنية
54		المرفقات

موجز تنفيذي

السياق والأهداف والولاية

وفقاً للبيانات الصادرة عن المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان (EMCDDA)، من بين مجموعة من مستخدمي المواد الأفيونية المعرضين للمخاطر المرتفعة، والذين يقدر عددهم بـ 1.3 مليون شخص في الاتحاد الأوروبي، فإن ما يقارب 650 ألف شخص يستفيدون اليوم من العلاج بالناهضات الأفيونية، بمعنى "علاج متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية، بما في ذلك الوصفة طويلة الأمد للأدوية الناهضة الأفيونية"، في المقام الأول الميثادون والبوبرينورفين.

يخفي هذا المعدل المتوسط تباينات كبيرة جداً. فبينما يقترب في بعض دول الاتحاد الأوروبي من 80٪، فهو ينخفض في حالات أخرى إلى أقل من 20٪. في أماكن أخرى من العالم، تستمر الدول في استبعاد مثل هذه الوصفات، بحكم القانون أو بحكم الواقع (البيان 1). يمكن تفسير هذه الاختلافات من بلد إلى آخر بعدة عوامل مثل ضعف إمكانية الوصول إلى العلاج بالناهضات الأفيونية بالإضافة إلى قيود عامة على عروض العلاج من أي نوع. ولكن حتى داخل كل بلد، تبرز تفاوتات إقليمية مهمة، لا سيما بين الريف والمدينة، وتفاوتات بين السكان الذين يتعرضون لمخاطر التمييز أكثر من غيرهم، مثل النساء والقاصرين والمهاجرين والسجناء (الخريطة 1). يوفر عدد قليل من البلدان فقط وصولاً واسع النطاق إلى العلاج من خلال أطباء الرعاية الأولية والصيديات (الخريطة 2)، ما يضمن إمكانية الوصول إلى هذه الخدمة خارج المراكز الحضرية الرئيسية.

كامتداد للنظام الدولي لمكافحة المخدرات والمؤثرات النفسانية، تم وضع منذ السبعينيات نظماً لإصدار أدونات مسبقة تتيح مراقبة هذه الوصفات. لذا في العديد من البلدان، لا يتمكن الأطباء حتى ولو تمتعوا بحق الممارسة وصف علاج ضروري ومعترف به علمياً من دون إذن مسبق من إدارة أو سلطة طبية تابعة للدولة. وبيّن تحليل هذه الترتيبات أنها تقوم، في الواقع، على فهم تاريخي، لكنه غير صحيح علمياً وطيبياً، يستند إلى "استبدال مخدر غير مشروع بمخدر مشروع".

لكن بمزاياها الفارماكولوجية، فإن الأدوية الناهضة الأفيونية الموصوفة في علاج متلازمة الاعتماد لها تأثيرات مختلفة جداً عن المواد الأفيونية المستخدمة لأغراض المتعة في بيئة غير طبية. إن هذه الأدوية، التي يتم إعطاؤها بالطرق المناسبة، تعمل على استقرار الحالة العاطفية، وتقليل أو إزالة التأثيرات الذاتية للاعتماد والحماية من خطر الموت من المواد الأفيونية. ولذلك فهي تشكل عنصراً مركزياً في العلاج الذي يأخذ في عين الاعتبار الجوانب الطبية والنفسية والاجتماعية. وبسبب فعاليتها السريرية، يؤدي الوصول المناسب إلى هذه الأدوية إلى انخفاض كبير في معدل الوفيات والمرض المشترك، خاصة تلك المرتبطة بحقن الهيروين (العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية أو التهاب الكبد الوبائي جيم). من وجهة النظر هذه، فبالإضافة إلى وظيفتها الأساسية في العلاجات الطبية، تعد هذه الأدوية عنصراً أساسياً في نهج الصحة العامة لتخفيض المخاطر والأضرار. يرد دواءان على وجه الخصوص وهما الميثادون والبوبرينورفين على قائمة الأدوية الأساسية النموذجية لمنظمة الصحة العالمية منذ عام 2005.

وللامتثال للالتزامات فيما يتعلق بالحصول على الرعاية ومنع التمييز، تُدعى البلدان لمراجعة أنظمتها، مع الاعتماد قدر الإمكان على الأحكام العادية التي تنظم سوق الأدوية والمهن الصحية.

من أجل مواكبة السلطات الإدارية في هذا التطور، كلف المراسلون الدائمون لمجموعة بومبيدو فريق من الخبراء الصحيين والقانونيين بتحديد وتوضيح المعايير التي تتيح إجراء هذه المراجعة وفق القواعد الأخلاقية وأحكام القانون الدولي والمعرفة العلمية والممارسات الطبية الجيدة.

التوصيات الموجودة مسبقاً

بينما يحدد الإطار القانوني شروط العلاج، لا يزال يخضع تأثيره لقليلٍ من الدراسات. وعلى عكس المراجع الكثيرة حول وصف الأدوية الأفيونية والحد من المخاطر والأضرار المتعلقة بها، هناك عدد قليل من الإصدارات، وبالتالي توصيات متوقفة، لتوجيه البلدان في جهود المراجعة التشريعية. وعندما توجد مثل هذه التوصيات، فهي عامة بطبيعتها، ويصعب تطبيقها في الميدان.

هناك دراستان للقانون المقارن -، واحدة حول تسع دول أوروبية أجراها كل من المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان وجامعة لوفان في عام 2003، والأخرى تقوم على خمسة بلدان ناطقة بالفرنسية أجرتها جامعة نيوشاتل - في عام 2012، توضح التباين وعدم التناسق في الأنظمة، خاصة انحرافها عن الأحكام العادية لقانون الصحة. قام مشروع ATOME (الوصول إلى الأدوية الأفيونية في أوروبا) بتوثيق الدور المركزي للحوافز التشريعية والسياساتية في الوصول إلى الأدوية الأفيونية، إلى جانب الحوافز الأخرى التي تتألف من المواقف السلبية والنقص في المعرفة لدى المهنيين والجمهور والحوافز الاقتصادية. على هامش إعداد المبادئ التوجيهية السريرية لمنظمة الصحة العالمية، تظهر دراسة أجراها المعهد السويسري للبحث في الصحة العامة والإدمان (ISGF، جامعة زيورخ) أن تعدد السياقات التنظيمية يؤدي بطبيعة الحال إلى مضاعفة الخطوط التوجيهية الطبية الوطنية المتباينة وتفاوت جودتها.

يخلص تقرير المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان وجامعة لوفان إلى عدة توصيات. ويشير إلى جدوى الإطار القانوني „المرن“ وتدني عتبة الوصول إلى الرعاية الصحية بأقصى قدر ممكن وتوافر المواد الأفيونية المتعددة (بما في ذلك حقن ثنائي الميثيل / الهيروين في برامج محددة). ويشير التقرير أيضاً إلى أهمية تنوع مرافق الرعاية الصحية، وتوفير الرعاية النفسية النوعية والتكوين الذي لا يقتصر على المتخصصين والموارد الكافية للبحث.

علاوة على ذلك، ووفقاً للمبادئ التوجيهية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية في عام 2009، من الضروري ضمان مبادئ الموافقة والسرية، وضمان توافر العلاجات بالناهضات الأفيونية وإمكانية الوصول إليها بشكل مجاني، وتنظيم الوصول إليها في مرافق الاحتجاز. إضافةً إلى ذلك، من الضروري دمجها في النظام الصحي، وضمان التكوين المستمر للمهنيين المعنيين، وتوفير إمكانية حصول الأشخاص الذين تتم معالجتهم على جزء من العلاج على الأقل، وعدم فرض مدة محددة للعلاج وبذل الجهود للمراقبة التي تستجيب لأفضل الممارسات في تقييم السياسات العامة. وأخيراً، يُلاحظ أن عدم الاحترام المحتمل لقواعد سلوك مكان الرعاية لا يبرر في حد ذاته إيقاف الدواء.

أصدر المقرر الخاص للأمم المتحدة المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية (2010، 2015) عدة توصيات عامة بشأن الأنظمة المتعلقة بالوصفات الطبية للمواد الأفيونية لدى الأشخاص المرتهنين. ويسلط الضوء خصوصاً على الوصول الشامل وغير التمييزي إلى الأدوية الأساسية ومبدأ تكافؤ الرعاية ويشير إلى خطر التمييز المتعلق بالسن المبكر (ولا سيما حق الأطفال في الإعراب عن موافقتهم بأنفسهم على القرارات الطبية).

في تقريره لعامي 2011 و2014، يقدم مشروع ATOME العديد من التوصيات المتعلقة بإمكانية الوصول إلى الأدوية الخاضعة للمراقبة، مهما كان داعي الاستخدام. باختصار، يشير هذا المشروع إلى أنه لضمان الوصول إلى الأدوية من دون تمييز، يجب فحص أي معيار تشريعي أو تنظيمي بشكل مسبق ولاحق، في ضوء العواقب على توافرها وإمكانية الوصول الفعلي إليها وجودتها. ويشير إلى مشكلة المصطلحات المستخدمة في الوثائق التنظيمية، التي تلعب دوراً هاماً في تجنب الخلط بين العقاقير من جهة والمواد المستخدمة بشكل غير طبي من جهة أخرى. فيما يتعلق بتدريب المهنيين، يعتبر مشروع ATOME أن تدريس وصف الأدوية وتسليم الأدوية الأفيونية يجب أن يرد في المناهج الدراسية الأساسية للأطباء والصيادلة. كما يشير إلى أهمية وجود هيئة استشارية مخصصة لضمان التنسيق بين الجهات الفاعلة المعنية والمعلومات في سياق وطني أو إقليمي.

تنفيذ الولاية وكيفية بلورة التوصيات

جمع فريق الخبراء مشاركين من البلدان التالية: الجزائر وبلجيكا وفرنسا واليونان ولبنان ولبنان ولبانيا والمغرب والبرتغال وسلوفينيا وسويسرا وتونس وتركيا بالإضافة إلى ممثل عن المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان ومنظمة الصحة العالمية. تابعت العمل لجنة علمية تضم خبراء من البلدان المشاركة بالإضافة إلى كندا وإسبانيا وإيطاليا وإسرائيل وبولندا والمملكة المتحدة.

وعُقدت ثلاثة اجتماعات على مدار يومين واجتماع لمدة يوم واحد في باريس في الفترة ما بين آب / أغسطس 2014 وأيار / مايو 2017، وسمحت من خلال جلسات استماع وطريقة دلفي، بتحديد حوالي 60 مبدأ توجيهية تم تقسيمها إلى 19 قسماً، وخضعت بعدها للمشاورات العامة. وأدى تحليل الآثار المتقاطعة للمبادئ التوجيهية إلى تحديد أربع توصيات رئيسية بهدف توجيه تطوير استراتيجيات التنفيذ في السياقات الوطنية.

العناصر الرئيسية للمبادئ التوجيهية التي وضعها فريق الخبراء

تتم تقسيم المبادئ التوجيهية إلى خمسة أجزاء و19 قسماً. الجزء الأول مخصص للتعريف والأهداف. الجزء الثاني مخصص لحق الوصول إلى الأدوية الناهضة المستخدمة في سياق متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية. ينطرق الجزء الثالث إلى دور المهنيين الصحيين. والجزء الرابع فهو مخصص لدور السلطات العامة. ويتناول الجزء الخامس التعاون الوطني والدولي.

1.

التعاريف وأهداف المبادئ التوجيهية.

بات واضحاً أنه من الضروري مراجعة المصطلحات واستخدام مفردات دقيقة ومحايدة وتحترم الأفراد كشرط أساسي. إن استخدام المصطلح "بديل" بشكل واسع النطاق يطرح إشكالية، إذ يثير الغموض حول طبيعة وآثار الأدوية الأفيونية الموصوفة. لذا يوصي فريق الخبراء باستبدال هذا المصطلح بـ "الدواء الناهض الأفيوني" وبـ "العلاج بالناهض الأفيوني" كمختصر لـ "معالجة متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية بدواء ناهض أفيوني". تتمحور أهداف الأدوية الناهضة الأفيونية في المقام الأول حول الإنسان: الحد من أعراض متلازمة الاعتماد وتحسين نوعية الحياة والحد من الوفيات والمراضة الثانوية، وخاصة المعديّة. إن الدواء الفعال في تحقيق مثل هذه الأهداف الفردية يكون له تأثير إيجابي على الحد من المخاطر والأضرار وتعزيز الصحة وأخيراً على السلامة العامة.

2.

حق الوصول إلى الأدوية الناهضة الأفيونية والرعاية المرتبطة بها

من وجهة نظر معيارية، يجب أن يحصل أي شخص مصاب بمتلازمة الاعتماد على الرعاية بناءً على أحدث المعرفة العلمية والطبية. في معظم الحالات، تشمل هذه الرعاية الأدوية الناهضة الأفيونية مقترنة بتدابير الدعم النفسي - الاجتماعي، بما في ذلك إعطاء دواء ناهض أفيوني بطريقة خاضعة للإشراف في حالات صحية مبررة و / أو مخاطر التسريب. يجب أن يحظى احترام السرية المهنية الطبية وحماية البيانات باهتمام متزايد. إن ضمان عدم التمييز فيما يتعلق بالوصول إلى العلاج يخص القاصرين تحديداً (أي القاصرين مدنياً ولكن المؤهلون لإعطاء موافقتهم، لأنهم قادرين على التمييز من الناحية القانونية)، والأشخاص المحرومين من الحرية، والأشخاص في خلاف مع فريق الرعاية. في الحالة الأخيرة، من الضروري أن يتمتع النظام العام للرعاية ببنية تحتية متنوعة وكثيفة لنقل وإكمال الأدوية الناهضة الأفيونية بشكل فعال.

3.

دور المهنيين الصحيين

من الضروري توفير التكوين الأساسي للأطباء والصيادلة المتعلق بوصف المواد الأفيونية مهما كان الاستطباب من جهة، وللاضطرابات المرتبطة بالاستخدام غير الطبي للمواد من جهة أخرى. وككل مهني صحي، يجب أن يخضع الأطباء والصيادلة المنخرطين في رعاية تشمل وصف الناهضات الأفيونية للمراقبة المنتظمة من قبل هيئات تأديبية مهنية وكذلك من قبل السلطات الصحية. لا ينبغي أن تخضع عواقب عدم الامتثال للقوانين المهنية أو الممارسات الجيدة أو القواعد الإدارية لإجراءات مختلفة، على عكس ما هو ملاحظ في إطار أنظمة إصدار الأذونات المسبقة. عندما يكون الإشراف على المهنيين، لأغراض ممارسة الرقابة الخاصة، مسنداً إلى هيئة (طبية أو غير ذلك) لا تؤدي هذه المهمة عادةً، فهناك خطر أن تكون الرقابة مفرطة أو غير كافية.

4.

دور السلطات العامة

يقع على عاتق الدولة ضمان وجود شروط إطارية متسقة للعلاجات التي تتطلب وصف ناهض أفيوني، والتي تتمثل أهدافها في ضمان الوصول إلى العلاج وجودته. عندما تضع الدولة إطاراً قانونياً وإدارياً لوصف الأدوية الخاضعة للمراقبة، يجب عليها إجراء تحليل مسبق بصورة منهجية، ليس فقط حول تأثيره المحتمل على الوصول إلى الدواء والعلاج، بل أيضاً حول إرادة الأطباء والصيادلة وغيرهم من الأخصائيين المعنيين بالالتزام بتقديم هذا النوع من العلاج. في الواقع، يمكن أن يكون للالتزامات الإدارية الناجمة عن الإطار القانوني تأثيراً سلبياً كبيراً على استعداد الأطباء والصيادلة للانخراط في هذه العلاجات. ولذلك، يجب أن تقتصر هذه الالتزامات على ما هو ضروري ومتناسب فقط من أجل ضمان فعالية العلاج وأمنه تجاه الأطراف الثالثة. إن أنظمة إصدار الأذونات المسبقة ذات الآثار المقيدة التي لا يوجد لها مكافئ عملياً في المجالات الأخرى للممارسة الطبية غير متناسبة بشكل خاص. فلنمنع تكرار الوصفات الطبية أو جمع البيانات الوبائية، يمكن اتباع آلية الإبلاغ الإجمالي اللاحق، مع توفير حماية كافية للبيانات الشخصية. إن استخدام مثل هذه الآلية يعني ضمناً أن الوسائل الأخرى الأقل شدة ليست كافية لتحقيق الهدف المنشود. بالإضافة إلى ذلك، على السلطات العامة ضمان وجود نظام ملائم لتحمل الأعباء المالية للعلاج ودفع أجور الأطباء والصيادلة. وأخيراً، تتحمل السلطات العامة مسؤولية تطوير أدوات التقييم والرصد، التي من المفترض أن تركز على المؤشرات الهيكلية والعملية بدلاً من مؤشرات النتائج، بما أنه ما من داعي لإظهار الفعالية الطبية للعلاج بالناهضات الأفيونية.

5.

التسيق الوطني والتعاون الدولي

يوصى بأن تقوم الدولة بتعيين هيئة استشارية مخصصة، تجمع بين ممثلي المهنيين والمستخدمين، بالإضافة إلى مختلف الأجهزة الحكومية أو شبه الحكومية المعنية، وخاصة الهيئات المعنية بالأدوية وخدمات الصحة العامة والتأمين الاجتماعي وهيئات الإشراف المهني. يجب أن تنشئ هذه الهيئة الاستشارية الروابط بين بيانات الرصد وتعليقات المهنيين لوضع توصيات عملية. بالإضافة إلى ذلك، يجب على الدولة التعاون لتحديث المبادئ التوجيهية الدولية لتكون عالية الجودة، على غرار المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية. والهدف هو الترويج لها بدلاً من إصدار توجيهات جديدة على المستوى الوطني. ولضمان قابلية البيانات للمقارنة، يجب على الدول أيضاً الاتفاق على حد أدنى من المؤشرات المشتركة والالتزام بالمشاركة في تمويل الوكالات الحكومية الدولية المختصة في معالجة هذه المعلومات ونشرها.

التوصيات الأساسية لتعزيز وإطلاق وتنفيذ عمليات المراجعة في السياقات الوطنية

لتنفيذ المبادئ التوجيهية في ضوء الظروف الإطارية المتغيرة جداً من بلد إلى آخر، من الضروري وضع استراتيجية طويلة الأجل. وعلى أساس الترابط القوي للمبادئ التوجيهية، يتم تقديم أربع توصيات رئيسية: (1) الوصف والتسليم بدون نظام إصدار أدونات مسبقة، (2) القضاء بشكل فعال على الحواجز المالية التي تعترض الوصول إلى الرعاية، (3) التنسيق والرصد من قبل هيئة استشارية وطنية، (4) مصطلحات محايدة ودقيقة ومحترمة للأفراد.

الوصف والتسليم بدون نظام إصدار أدونات مسبقة

تستند هذه التوصية إلى تحليل النتائج السلبية لنظام إصدار أدونات مسبقة ووجود تدابير بديلة. توفر آليات قانون الأدوية من حيث إصدار الأدونات ومراقبة السوق المرونة اللازمة لضمان سلامة الوصفات الطبية وامتثالها للاتفاقيات الدولية المتعلقة بالأدوية الخاضعة للمراقبة. وتمثل أنظمة الأدونات المسبقة أولاً تراث حقبة ماضية كانت خلالها الأدوية الناهضة الأفيونية غير مسموح بها من قبل وكالات الأدوية وبالتالي كانت خارج نطاق الاستخدام المأذون (off label use). لذا يجب تحليل طرق إزالة نظام الأدونات المسبقة بعناية في ضوء العقوبات السياسية.

الإزالة الفعلية للحواجز المالية التي تعترض الوصول إلى الرعاية

حتى في البلدان ذات معدلات التغطية المرتفعة، لا يزال هناك سكان يعتمدون على المواد الأفيونية خاصة الضعفاء ومن يصعب الوصول إليهم. يشكل هذا النقص في الوصول الفعلي إلى الرعاية تحدياً أخلاقياً وخطراً على الصحة العامة. على المستوى الاقتصادي، يؤدي توافر العلاجات بالناهضات الأفيونية إلى انخفاض واضح في التكاليف الاجتماعية المباشرة وغير المباشرة وغير الملموسة، التي تتجاوز بكثير تكلفة العلاج الإجمالية. وبالتالي يشار إلى آلية معززة لتحمل الأعباء المالية، على غرار الممارسات المتطورة داخل النظم الصحية للأمراض المزمنة الأخرى.

التنسيق والرصد من قبل هيئة استشارية وطنية

ينبغي إنشاء هيئة استشارية وطنية مخصصة. وفي هذه الحالة، يمكن أن تستند هذه الهيئة إلى هيكل وتنظيم جهاز قائم، ويمثل ذلك تكلفة متواضعة في ضوء النتيجة المتوقعة لعملها. يتيح تعيين هذه الهيئة دعم الجهود التنظيمية على المدى البعيد في إطار قانون الصحة العادي، مع تحديد الصعوبات المتبقية التي تتطلب استمرار أو إعادة تطبيق التدابير الخاصة المستهدفة والضرورية.

مصطلحات محايدة ودقيقة ومحترمة للأفراد

يتضمن مجال الاعتماد على العديد من المصطلحات الشائعة المستخدمة من قبل الأخصائيين والإدارات والمؤسسات الدولية، ولكنها شديدة الغموض. إن حذف عبارة "علاج بديل" واستبدالها بمفهوم العلاج بالناهضات الأفيونية / الأدوية الناهضة الأفيونية هو مثال رمزي لهذه المشكلة. لذا يجب أن تخضع المصطلحات المستخدمة في الوثائق المؤسسية والتنظيمية لمراجعات دورية.

تعرض الصفحات التالية جدولين يلخصان الرسائل الرئيسية للمبادئ التوجيهية وكذلك الأهداف والعمليات التي تنطوي عليها التوصيات الرئيسية الأربع.

الجدول 1 - الهيكل العام للمبادئ التوجيهية

الجزء	القسم	الرسائل الرئيسية
التعاريف	1 - التعاريف	تركز الأهداف الرئيسية للأدوية الناهضة الأفيونية على الفرد وحقه الأساسي للوصول
الأهداف	2 - أهداف المبادئ	إلى الأدوية الأساسية.
	3 - أهداف الأدوية الناهضة الأفيونية	إن العلاجات بالناهضات الأفيونية، التي كانت أساساً تدبيراً لتخفيف الأضرار والحد من المخاطر في إطار ما يسمى بالبرامج "البديلة"، أصبحت اليوم معترف بها علمياً كعنصر أساسي في علاج الاعتماد على المواد الأفيونية.
حق الحصول على الأدوية الناهضة الأفيونية والعلاجات المتعلقة بها	4 - الحق الأساسي في الرعاية	
	5 - الوصول غير التمييزي	
	6 - موافقة حرة ومستنيرة	احترام مبدأ عدم التمييز بحكم القانون وبحكم الواقع الذي يبرر الرصد والتدابير المخصصة.
	7 - عدم التمييز بسبب الاعتماد على الأدوية الناهضة الأفيونية	احترام مبدأ تكافؤ الرعاية.
	8 - استمرار العلاج	الحق في الوصول إلى علاج المدمنين القاصرين. ضمان استمرارية الدواء حتى في حالة تعثر العلاقة بين مقدم الرعاية ومتلقيها، عدم التأخر في إطلاق العلاج بعد الاستطباب.
دور المهنيين	9 - التوصية - الوصفة - التقديم - التنسيق	
	10 - تدريب الأطباء	الكفاءات اللازمة لتنفيذ العلاجات بالناهضات الأفيونية المتوقعة من أي طبيب وصيدلي
	11 - تدريب الصيادلة	عند نهاية التدريب الأساسي؛ حق الوصف الطبي الممنوح لكل طبيب.
	12 - المراقبة	الإشراف المباشر على المهن الصحية المنخرطة من خلال الهيئات المهنية (القانون التأديبي أو المهني)؛ أهمية تدابير الدعم البديلة للجزاءات (مثل التوجيه، مجموعة التبادل، الإشراف / التدخل).
دور السلطات	13 - توفر الأدوية الناهضة الأفيونية ونوعيتها	
	14 - تناسب الإطار	السماح بالأدوية والصيدلة الاحتراسية من قبل وكالة الدواء.
	15 - التمويل والأجور	ملخص حول خصائص المنتج / المعلومات المهنية التي توفر المعلومات الأساسية وفقاً للمعايير المطبقة على أي دواء.
	16 - التدريب والبحث	التخلي عن أنظمة إصدار الأذونات المسبقة إمكانية وضع نظام التصريح للوقاية من الوصفات المزدوجة والمراقبة الوبائية (إذا لزم الأمر).
	17 - الرصد والمؤشرات	حوافز للمهنيين لضمان توافر المهنيين المدربين بشكل فعلي. حماية مضمونة للبيانات الشخصية.
التنسيق الوطني والتعاون الدولي	18 - هيئة استشارية وطنية	
	19 - التعاون الدولي	هيئة تجمع بين المراقبة والمهنيين والمستخدمين والهيئات الحكومية والهيئات شبه الحكومية والخاصة لرصد جهود المراجعة التنظيمية وتأثيرها على أنظمة الرعاية الصحية. توحيد جهود المراقبة، التقارير العامة. تمويل وتعزيز المبادئ التوجيهية الدولية بدلاً من الوطنية.

الجدول 2 - الأهداف المتعلقة بالتوصيات الأساسية الأربع

1- وصف وإعطاء الأدوية الناهضة الأفيونية بدون نظام إصدار أدونات مسبقة

تخضع العلاجات التي تنطوي على وصفة من الأدوية الناهضة الأفيونية إلى القواعد العادية للوصفات الطبية ولتسليم الأدوية الخاضعة للمراقبة. ولذلك لا تتطلب إذنًا خاصًا للأشخاص الذين يتلقون العلاج أو المهنيين أو للبنية التحتية. إن منح وتوزيع المهام والكفاءات على مختلف الجهات الفاعلة في النظام هي نفسها لكافة أشكال العلاج الأخرى المسموح بها بما في ذلك الأدوية الخاضعة للمراقبة.

لهذا المنظور آثار على تدريب المهنيين والإشراف عليهم بالإضافة إلى تسجيل الأدوية الناهضة الأفيونية والصيدلة الاحتراسية. وبالتالي، ينبغي إدراج المعلومات الأساسية المتعلقة بالأدوية الناهضة الأفيونية في التكوين الأساسي الموجه لجميع الجهات الفاعلة في النظام الاجتماعي والصحي. ومن ثم يجب على الهيئات التأديبية (العادية) للإشراف على المهنيين أن تراقب أيضاً المهنيين الذين يقدمون العلاج، إلى جانب أولئك الذين يقدمون علاجات أخرى. وأخيراً، يجب أن تكون وكالات الأدوية هي السلطات المعنية بتحديث تعليمات الاستخدام (ملخص عن خصائص المنتج / المعلومات المهنية - RCP/IP) حول الأدوية الناهضة الأفيونية، مع مراعاة البيانات المستمدة من الصيدلة الاحتراسية ودراسات أخرى. ويجب أن تشرح هذه المعلومات الإطار الذي يتم فيه وضع علاج بالناهضات الأفيونية وفقاً لآخر المعارف المتوفرة.

إذا لزم الأمر، يمكن استبدال نظام إصدار الأدونات المسبقة مثلاً بنظام التصريح شرط ألا تكون هذه الآلية زائدة عن الحاجة مع أحكام عامة أخرى تنطبق على المنتجات الطبية الخاضعة للمراقبة، وأن يكون الهدف النهائي (الوقاية من المضاعفة و/ أو المتابعة الوبائية) صريحاً وأن يتم احترام القانون العادي لحماية البيانات.

2- الإزالة الفعلية للحوافز المالية التي تعترض الوصول إلى الرعاية

بالنسبة للأشخاص المصابين بمتلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية، يجب ألا يتطلب الوصول إلى العلاج - فعلياً أو عملياً - أي التزام مالي. يجب أن يكون العلاج مجاناً لكافة مراحل العلاج (من أول اتصال إلى استشارات المتابعة وصولاً إلى الوصفة الطبية وإعطاء الأدوية الناهضة الأفيونية). هذا يعني أنه لا يُطلب من الشخص الذي يتلقى العلاج أي دفعات مسبقة أو تقديم ضمانات، بغض النظر عن نوع مقدم الرعاية ونوع العلاج. في هذا الحال، يتطلب تنفيذ ذلك نظاماً يختلف عن النظام العام لتمويل الرعاية تبرره أسباب الصحة العامة.

وعلى الدول أن تضمن ألا تؤدي إزالة الحوافز المالية إلى التقنين في العرض. وخاصةً لا ينبغي أن تقتصر بتشديد شروط الوصول إلى العلاج أو أن تؤثر في العبء الإداري و / أو رواتب المهنيين.

3- الهيئة الوطنية الاستشارية للتنسيق والرصد

بناءً على ولاية واضحة ومحددة، تتحمل هيئة وطنية استشارية مسؤولة مراقبة أداء نظام رعاية الاضطرابات المتعلقة بالمواد الأفيونية وتقديم المشورة للسلطات العامة. وتسعى على وجه الخصوص إلى تحديد الحوافز التي تعيق الحصول على الرعاية وإزالتها. وفي هذه الحالة، يمكن أن تستند هذه الهيئة إلى هيكل وتنظيم جهاز قائم.

تضم الهيئة ممثلين عن الأشخاص المعنيين بشكل مباشر بالاستخدام غير الطبي للمواد الأفيونية والمهنيين في علاج الاضطرابات المرتبطة باستخدام المواد الأفيونية والوقاية منها والباحثين بالإضافة إلى الإدارات المختصة بسياسات الصحة العامة والنظام الصحي والسلطات الإشرافية للمهنيين في مجال الصحة ووكالة الأدوية والمختبرات الصيدلانية وأي جهة أخرى معنية وفقاً للسياق الوطني.

لتأدية مهمتها، تعتمد الهيئة على نتائج البحوث، وتحصل على الإحصائيات والمعلومات ذات الصلة، وتتأكد من تلقي ردود فعل منتظمة ناجمة عن الممارسة.

يضمن موقعها المؤسسي موارد كافية خاصة بها، فضلاً عن الاستقلالية في التعبير وتحديد جدول أعمالها. وتخضع نتائج عملها لمبدأ الشفافية..

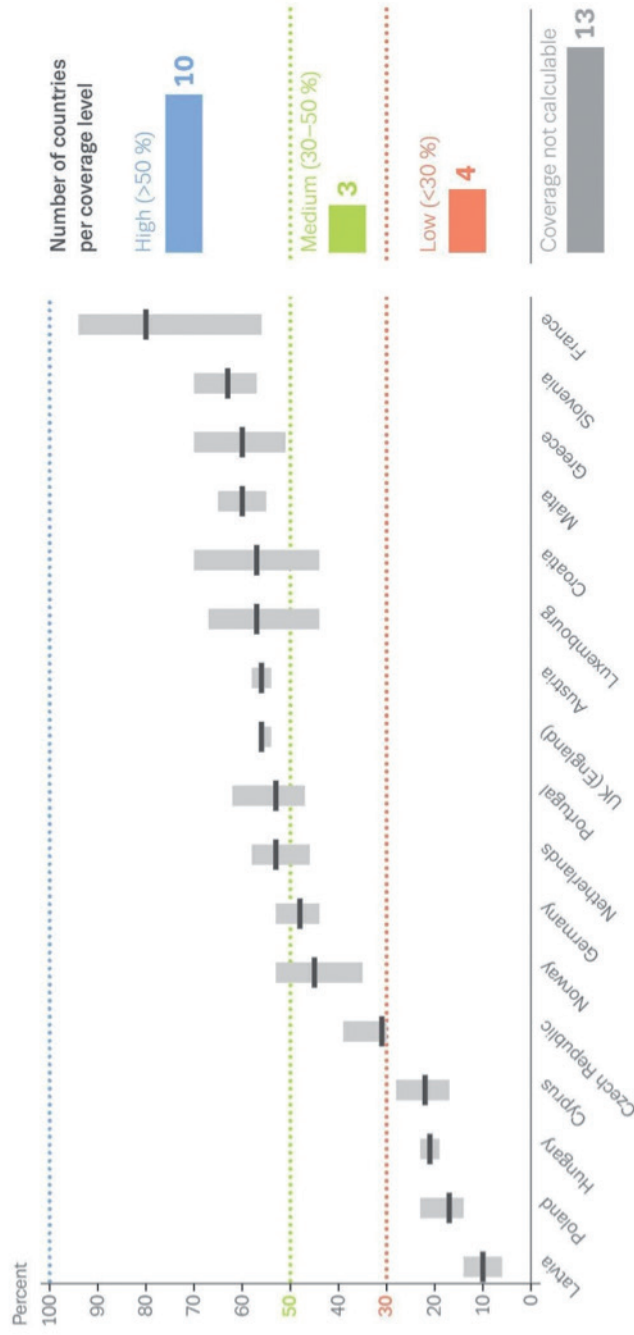
4- مصطلحات محايدة ودقيقة ومحترمة للأفراد

إن المصطلحات المستخدمة لوصف متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية والأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب والأشخاص الذين تتم معالجتهم والأخصائيين وأماكن الرعاية والأدوية المستخدمة محايدة ودقيقة ومحترمة للأفراد. كما تصف الحقائق بطريقة لا لبس فيها وتستند إلى المعرفة العلمية وتحترم شخصيات الأفراد المعالجين ومحيطهم الشخصي والمهني، وذلك لمنع التحيز والوصم والتمييز.

بما أن مصطلح "البدائل" غامض من حيث طبيعة ودور الأدوية الناهضة الأفيونية، فيتم تجنبه وتستخدم مصطلحات أخرى تتمحور حول جوانب الدواء.

وحتى لو أخذت المصطلحات التوصيات والممارسات المعمول بها على المستوى الدولي بعين الاعتبار، فيجب أن تتكيف مع كل مجموعة لغوية و / أو منطقة إقليمية ويجب بالتالي أن تكون قادرة على الاعتماد على نقاش مستمر يشارك فيه مهنيو الصحة والمجتمع المدني والأفراد الخاضعين للعلاج والسلطات المختصة. يعزز هذا النقاش الحوار بين مختلف الاختصاصات المعنية في مجال السلوك الإدماني.

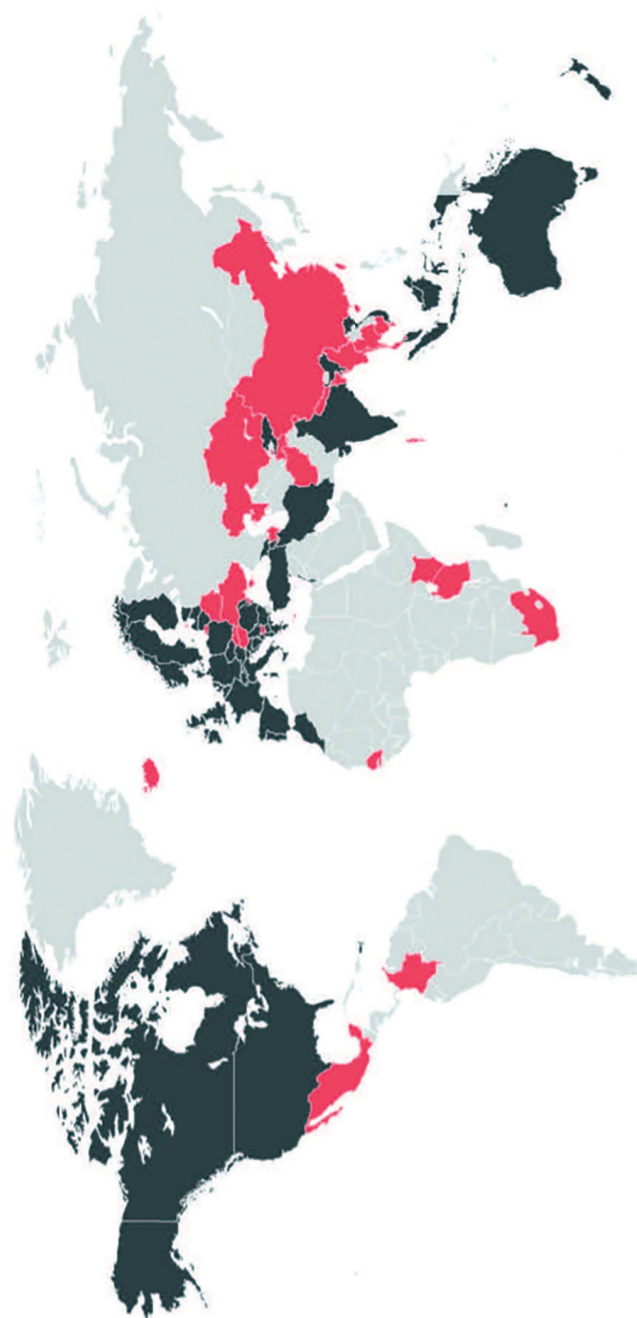
Figure 1 – Proportion d’usagers d’opioïdes à haut risque au bénéfice d’un TAO (estimation)



NB: Data displayed as point estimates and uncertainty intervals.

EMCDDA 2017, données 2015

Carte 1 - Disponibilité des TAO en milieu de détention

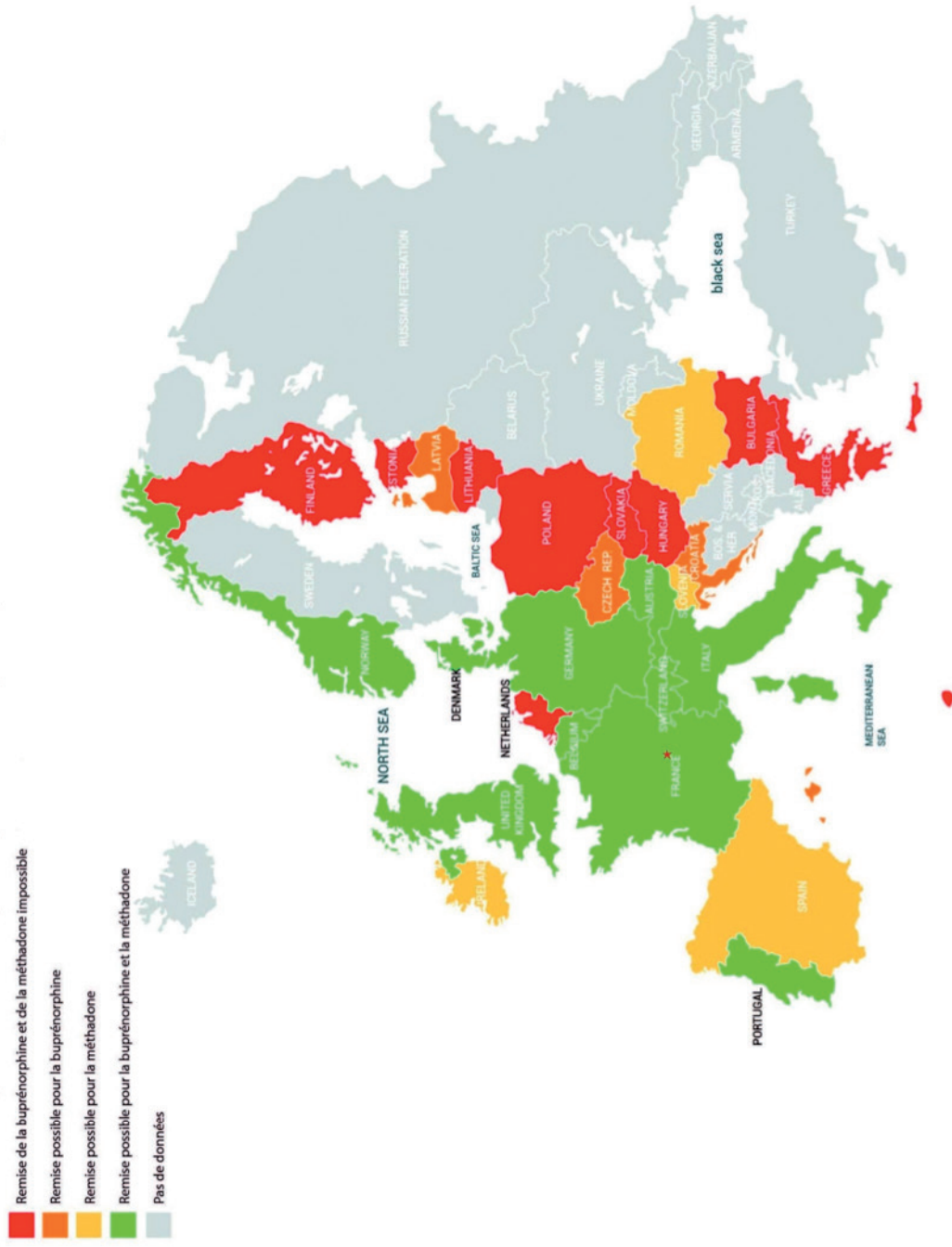


- TAO disponibles uniquement hors milieu de détention
- TAO disponibles en milieu de détention, au moins en partie*
- TAO non disponibles

The Global State of Harm Reduction 2016, "Global availability of opioid substitution therapy in the community and in prisons", Harm Reduction International (HRI), London, 2016, Map 1.2., p.15

* Pour plus d'informations relatives au taux de couverture et à la disponibilité effective en milieu pénitentiaire, voir aussi Junod V., Wolff H., Scholten W., Novet B., Greifinger R., Dickson C., and Simon O., (2017). Methadone versus buprenorphine: The perspective of the European Court of Human Rights. Heroin Addiction and Related Clinical Problems, Published Ahead of Print, July 18

Carte 2 - Pays autorisant la prescription de la buprénorphine et de la méthadone en médecine de premier recours



★ En France, la méthadone ne peut être prescrite en médecine de premier recours que si la primo-prescription a été réalisée par un centre spécialisé.

Table "OST providers", EMCDDA, 2016 et OFSP, 2016

1. التذكير بالإطار ووضع المشروع في منظوره الملائم

1.1 أصل الولاية وتعريفها

بمناسبة الندوة الفرنكوفونية الثالثة حول علاج الاعتماد على المواد الأفيونية" (جنيف، في 18 و 19 تشرين الأول/أكتوبر 2012)، طلب المكتب الفدرالي للصحة العامة إجراء دراسة مقارنة لقوانين خمسة بلدان ناطقة بالفرنسية تنظم وصف الأدوية الأفيونية: سويسرا وفرنسا وكندا وبلجيكا وتونس (معهد قانون الصحة، جامعة نيوشاتل، 2012). سلطت هذه المقارنة الضوء على تباين شروط الوصفات الطبية لهذه العلاجات، بالإضافة إلى ضرورة التمتع بتوصيات من شأنها أن تسهل على البلدان إعادة النظر في الشروط أو تحديد شروط جديدة.

في ربيع عام 2014، وبدعم من أمانة مجموعة بومبيدو، بدأت مجموعة من الخبراء في مجالي الصحة والقانون، يشرف عليها مجلس علمي وأمانة بتكليف من قبل المكتب الفدرالي للصحة العامة، عملها في إطار برنامج العمل 2010-2014. كان موضوع البرنامج، دعم تطوير السياسات الوطنية المتعلقة بالمخدرات وتنفيذها ورصدها".

في اجتماعهم الخامس والسبعين في خريف عام 2014، أكد المراسلون الدائمون لمجموعة بومبيدو على هذه المجموعة من الخبراء، فأناطوا بها وضع توصيات حول الأنظمة المتعلقة بالوصفات الأفيونية في علاج متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية، المشار إليها فيما بعد في هذا التقرير باسم "العلاجات بالناهضات الأفيونية". وكان الهدف من التوصيات المتوقعة هو تمكين السلطات الإدارية من اقتراح ضوابط لهذه العلاجات التي تتلاءم مع معايير الممارسات السريرية الجيدة، بما يتماشى مع نتائج البحوث الطبية الحيوية وتوصيات السلطات الصحية الدولية الموجودة والتي تحترم الحقوق الأساسية للرعاية في القانون الدولي.

تحت سلطة مكتب المراسلين الدائمين، تم توسيع مجموعة الخبراء التي تم تأسيسها في عام 2014 لتشمل دولاً مهمة أخرى. وقد تم تعيين الممثلين القطريين من قبل المراسلين الدائمين على أساس خبرتهم في مجالي الصحة والقانون فيما يتعلق بالعلاجات الناهضة الأفيونية. تمت تغطية أتعاب الأمانة العلمية بالتبرعات المقدمة من مجموعة بومبيدو، حيث تكفلت السلطات الوطنية بنفقات السفر والإقامة للمشاركين المعيّنين للمشاركة في فريق الخبراء.

جمع فريق الخبراء مشاركين من البلدان التالية: الجزائر وبلجيكا وفرنسا واليونان ولبنان وليتوانيا والمغرب والبرتغال وسلوفينيا وسويسرا وتونس وتركيا بالإضافة إلى ممثل عن المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان ومنظمة الصحة العالمية. كما جمعت لجنة علمية خبراء من كندا وإسبانيا وإيطاليا وإسرائيل وبولندا والمملكة المتحدة (انظر الملحق 5).

عقدت أربعة اجتماعات (7 أيام في المجموع) في مقر مجلس أوروبا في باريس. عُقد الاجتماع الأول في 7 و 8 أيلول/سبتمبر 2014، وسمح باكتشاف العديد من توصيات السلطات الصحية الدولية القائمة وجمع بيانات إضافية حول ممارسات الدول المشاركة. تم تكريس الاجتماع الثاني، الذي عُقد في 27 و 28 آب/أغسطس 2015، لإرساء المبادئ التوجيهية التي خضعت لمشاورات عامة. وفي الاجتماع الثالث الذي عُقد في 25 و 26 آب/أغسطس 2016 والاجتماع الرابع في 11 أيار/مايو 2017، أعد فريق الخبراء هذا التقرير.

1.2 تباين الأنظمة المتعلقة بالعلاجات بالناهضات الأفيونية

لإكمال الولاية المسندة إليه، اعتمد فريق الخبراء على ثلاثة مصادر رئيسية للحكم على الجوانب التنظيمية. أجريت أول دراسة قانونية مقارنة من قبل المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان وجامعة لوفان (EMCDDA، 2003) وغطت 9 دول أوروبية (النمسا وبلجيكا وإسبانيا وفرنسا وفنلندا واليونان وإيطاليا وأيرلندا والنرويج). وأجرى معهد قانون الصحة التابع لجامعة نوشاتيل دراسة قانونية مقارنة ثانية في عام 2012 وغطت خمسة بلدان ناطقة بالفرنسية (بلجيكا وكندا وفرنسا وسويسرا وتونس). وأخيراً، اعتمد فريق الخبراء على تقارير شبكة المعلومات الأوروبية للمخدرات والإدمان (Rei-tox)، التابعة للمرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان، والتي يتم تحديثها بانتظام من خلال جهات التنسيق في بلدان الاتحاد الأوروبي والنرويج والتي تُنشر على موقع المرصد. وتم النظر في تشريعات دول أخرى خلال المشروع.

وتبين أنه من الصعب تصنيف مختلف التشريعات القائمة بشأن العلاجات بالناهضات الأفيونية، على الرغم من ظهور بعض الاتجاهات. تم أخذ المعايير التالية بعين الاعتبار: المواد والأدوية المعنية، والأشخاص أو الهيئات المخولة لوصف العلاج، والمتطلبات والقيود المتعلقة بالعلاج، ونهاية العلاج وإيقافه (في هذه الحالة تُطبق عقوبات تأديبية على الأشخاص الذين تتم معالجتهم والذين ينحرفون عن بروتوكول الرعاية المعتمد)، وكذلك مراقبة الدولة وإشرافها على العلاج. يتفاوت مستوى تفصيل التشريعات المختلفة التي تنظم العلاجات بالناهضات الأفيونية وتتسم بمنظورات مختلفة. فمثلاً إذا كانت الأنظمة في بلجيكا وكيبك وسويسرا ولبنانيا وسلوفينيا ودرجة أقل، في فرنسا، متشابهة في منظورها الموجه نحو الصحة العامة، فهي تختلف من حيث استمرارية العناصر المتعلقة بالنهج القمعي أم لا، وفي الالتزام الصارم أم لا بالإشراف على العلاجات بالناهضات الأفيونية أو الكثافة المعيارية.

بالإضافة إلى ذلك، فإن المواد المسموح بها ليست نفسها في جميع البلدان. ففي البرتغال ولبنانيا مثلاً يعد الميثادون هو المادة الوحيدة المشمولة صراحةً في نظام إصدار الأذونات المسبقة، بينما يخضع العلاج بالميثادون والبوبرينورفين والمورفين الفموي مديد المفعول وثنائي أسيتيل المورفين (الهيروين) في سويسرا إلى أذونات خاصة. تنظم فرنسا وبلجيكا وتونس والدنمرك وسلوفينيا بشكل محدد استخدام الميثادون والبوبرينورفين. توضح خرائط أوروبا (الملحق 3، الخرائط 3 و4 و5 و6) المستمدة من أحدث البيانات المنشورة من قبل المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان هذا الواقع.

وتؤدي هذه الاختلافات في المواد الموصوفة إلى فروقات إضافية في محتوى الأنظمة. يمكن ملاحظة ذلك في سويسرا مثلاً، حيث لا يتطابق النظام القانوني الساري على استخدام ثنائي أسيتيل المورفين مع النظام القانوني المطبق على الأدوية الأخرى الواردة بين „العلاجات بالناهضات الأفيونية“، أو في فرنسا، حيث يمكن لأطباء الرعاية الأولية القيام بعلاجات تحتوي على البوبرينورفين أو الميثادون، ولكن يُسمح لهم بوصف البوبرينورفين فقط بينما يعتبر وصف الميثادون من صلاحية المراكز المتخصصة.

كما تتباين الأنظمة الوطنية بشأن نقاط أكثر تحديداً مثل الحد الأدنى لسن تلقي العلاجات البديلة. إن هذه المسألة هامة، لأنه في بعض البلدان يتم استبعاد القاصرين من برامج العلاج.

بينما تضع معظم البلدان إطاراً محدداً للعلاجات بالناهضات الأفيونية المستندة إلى نظام إصدار الأذونات المسبقة، فهذا لا يعني أن الوصول إلى العلاج مضمون لكل من يحتاج إليه. تشير التقديرات في كيبك مثلاً إلى أن أقل من 25٪ من الأشخاص الذين يستخدمون المواد الأفيونية غير القانونية بشكل منتظم يتمتعون بالوصول إلى العلاجات بالناهضات الأفيونية، بينما تتخطى معدلات التغطية في أوروبا نسبة 50٪ (انظر أيضاً البيان 1 أعلاه). وبالتالي، يثير تنظيم وصف الأدوية الناهضة الأفيونية، في المقام الأول مسألة الالتزام الإيجابي للدول في إطار الحق الأساسي في الحصول على الرعاية.

1.3 الحق الأساسي في الحصول على الرعاية في القانون الدولي

إن الصراع بين الحق في الحصول على الرعاية وسياسة قمع استهلاك المواد الخاضعة للمراقبة والاتجار بها معروف منذ وقت طويل. لقد أقرت أول اتفاقيات دولية بشأن المخدرات بأنه يتعين التوصل إلى توازن بين الحصول على الأدوية من أجل العلاج الطبي، ولا سيما علاج الألم، وقمع ما يسمى بالاستهلاك الترفيهي. عملياً، إن التوصل لهذا التوازن أو عدم التوصل إليه قد تراوح وفقاً للحقبة ولا يزال يختلف حسب البلدان. لفترة طويلة، تم التركيز على القمع (بما في ذلك فرض عقوبات جنائية على المستهلكين)، حتى وإن هدد ذلك وصول المرضى إلى المواد الأفيونية، خاصة في مجال التسكين أو البنج أو الرعاية التوسكية. في بعض البلدان، كما سنرى بشكل أكثر تحديداً في الفصل 1.6، إن وصف الأدوية الأفيونية يبقى ضئيلاً على الرغم من الاحتياجات الطبية المعترف بها. وعلى الرغم من الاعتراف بمتلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية كمرض، لم يتطور الوضع كثيراً في العديد من البلدان: فإن النهج القمعي يسيطر على نطاق واسع للغاية، وغالباً ما يتفاقم بسبب الاعتبارات الجيوسياسية („الحرب على المخدرات“)، أو ببساطة لتلبية التوقعات (الصريحة أو المفترضة) لهيئات الاتفاقيات الدولية.

¹ من دون أي شمولية، سيمس بعض الاتفاقيات والمؤتمرات والبروتوكولات بترتيب زمني: مؤتمر شنغهاي (1909)؛ اتفاقية الأفيون الدولية لعام 1912 (لاهاي)؛ اتفاقيات جنيف للأفيون (1925)؛ اتفاقية جنيف للحد من تصنيع المخدرات وتنظيم توزيعها (1931) / اتفاقية بانكوك بشأن استهلاك الأفيون (1931)؛ اتفاقية قمع الاتجار غير المشروع بالمخدرات الخطرة (جنيف، 1936)؛ بروتوكول ليك ساكس (1946) (Lake Success)؛ بروتوكول باريس (1948)؛ بروتوكول نيويورك للأفيون (1953).

وفي الأونة الأخيرة، كانت الاتفاقيات الثلاث الرئيسية هي: الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961 (عُقدت بموجب بروتوكول 1972)؛ اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971؛ اتفاقية مكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988.

منذ التسعينيات، أدت الحركة العالمية لصالح الحقوق الأساسية إلى إعادة النظر في التوازن الحالي بالتأكيد على الحق في الرعاية والتشديد على فشل التدابير القمعية على أرض الواقع.

(Lines et al., 2017; Taylor, 2007; Valadez, 2014) يتجسد هذا الحق في الرعاية، في صياغات مختلفة، في عدد كبير من التصريحات والمعاهدات الدولية (انظر خاصة المادة 25 (1) من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام 1948: المبدأ 1 من إعلان ألما-آتا لعام 1978، لجمعية الصحة العالمية لألما-آتا). من بين العديد من المصادر، إن القاعدة القانونية الدولية الأكثر تكراراً هي المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (ICESCR، 1966) والتي تنص على ما يلي:

„تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه.

(2) تشمل التدابير التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق، تلك التدابير اللازمة من أجل:

(أ) العمل على خفض معدل موتى المواليد ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نمواً صحياً،

(ب) تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية،

(ج) الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها،

(د) تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض. „

أعدت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية تعليلاً مفيداً لنطاق الحق في الصحة في التعليق العام (رقم 14)، مما كان له أثر كبيراً. يوضح هذا التعليق ما يلي: „لا ينبغي فهم الحق في الصحة على أنه الحق في التمتع بصحة جيدة فقط. فالحق في الصحة يشمل حريات وحقوقاً على حد سواء. أما الحريات فتتضمن حق الإنسان في التحكم في صحته وجسده [...]“. وأما الحقوق فتشمل الحق في الاستفادة من نظام للحماية الصحية يتيح التكافؤ في الفرص أمام الناس للتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه“. يتم تعريف الصحة بشكل عام استناداً إلى التعريف المقترح لمنظمة الصحة العالمية: „حالة من اكتمال السلامة“، على الرغم من أنه من المسلم به أن هذه الحالة هي المسعى النهائي. ويجب فهم الحق الدولي الأساسي في الرعاية على أنه يتطلب من الدول اتخاذ تدابير متتالية من أجل تحقيقه تدريجياً. وعلى كل دولة أن تضع خطة عمل لضمان الحد الأدنى من الصحة لسكانها ومن ثم الصحة الأمثل لهم. قدمت منظمة الصحة العالمية مساعدة ملموسة من خلال إعداد قائمة بالأدوية الأساسية التي ينبغي على كل بلد توفيرها لسكانه وتحديثها. يرد الميثادون والبوبورينوفين على هذه القائمة (في استنباط علاج متلازمة الاعتماد). كما ركز التعليق العام رقم 14 على أربعة معايير لتقييم التدابير المتخذة لإعمال الحق في الصحة، ألا وهي: توافر سلع وخدمات الرعاية وإمكانية الوصول إليها دون تمييز ومقبوليتها من قبل الأشخاص والسكان المعنيين، وجودتها من الناحية الطبية والعلمية.

إن العنصر الأساسي للحق في الصحة هو مبدأ عدم التمييز، الذي لا تستطيع الدول بموجبه أن تتيح أو تتحمل عدم المساواة في الحصول على الرعاية التي لا تستند إلى أسباب ذات صلة (من الأسباب ذات الصلة هو تيسير الوصول إلى رعاية الفئات الضعيفة بشكل خاص). كما يرتبط الحق في الصحة ارتباطاً وثيقاً بالحق في الوصول إلى المحاكم وحق المشاركة. بشكل عام، من المسلم به أن حقوق الإنسان مرتبطة ببعضها البعض ارتباطاً وثيقاً، إذ يتطلب - أو يسهل - إعمال أحدها، أي الحق في الصحة في هذه الحالة إعمال حقوق أساسية أخرى (مثل الحق في التعليم). وقد أبرز مفهوم المحددات الاجتماعية للصحة أيضاً أن الحالة الصحية للأفراد والسكان تتأثر في المقام الأول بالمعايير غير المتعلقة بالصحة، لا سيما المستوى الاجتماعي والاقتصادي.

يتكرر سؤالان أساسيان بكثرة: أولاً، هل يتمتع الحق الأساسي في الحصول على الرعاية بالأولوية على الالتزامات الأخرى بموجب القانون الدولي؟ ثانياً، هل هذا الحق قابل للتقاضي، أي هل يتيح الملاحقة القضائية أمام المحاكم الوطنية أو حتى الدولية؟

دون الإدعاء بأنها شاملة، يمكننا ذكر بعض المواد المتعلقة بالحق في الصحة: المواد 13 و 55 و 62 من ميثاق الأمم المتحدة؛ المادتين 25 و 3 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان؛ المواد 2 و 4 و 7 و 9 و 10 و 11 و 12 و 13 و 15 و 16 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية؛ المادة 7 من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية؛ المادة 5 من الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري لعام 1963؛ المواد 10 (ج) و 11 (ر) و 12 و 14 (ب) و 14 (ج) من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لعام 1979؛ المادة 33.1 من اتفاقية 1950 الخاصة بوضع اللاجئين؛ المادة 10.1 من اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة لعام 1984؛ المادة 24 من اتفاقية حقوق الطفل لعام 1989؛ المادة 8 من إعلان الحق في التنمية لعام 1986؛ المواد 7.2 و 20.2 (ج) و 24 و 25 من الاتفاقية (169) منظمة العمل الدولية بشأن الشعوب الأصلية والقبلية في البلدان المستقلة لعام 1989؛ المواد 10 و 20 و 22 و 23 و 24 و 25 و 26 و 32 و 43.4 و 52 و 65 و 66.2 و 82 من قواعد الأمم المتحدة النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء (قواعد نيلسون مديلا)؛ المواد 4 و 9 و 16 من الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب لعام 1981؛ المواد 4 و 11.2 من الاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان لعام 1969؛ المواد 2 و 3 و 8 و 10 من الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان؛ الجزء الأول: المواد 3 و 7 و 8 و 12 و 13 و 14 و 15 والجزء الثاني: المواد 7.9 و 8 و 11 و 12 و 13 و 14 و 15؛ الجزء الخامس: المادة (هـ) من الميثاق الاجتماعي الأوروبي؛ المواد 1 و 11 و 16 من الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان.

Lawrence O. Gostin, Global health Law, Harvard university press (2014); Jonathan Wolff, The Human Right to health, Norton and Company (2012); John Tobin, The³ Right to Health in International Law, Oxford: Oxford University Press, 2012; Stephen P. Marks, 2013. Emergence and Scope of the Right to Health. In Advancing the Human Right to Health, ed. José M. Zuniga, Stephen P. Marks, and Lawrence O., Gostin: 1-33. Oxford University Press; Lawrence O. Gostin, J.D., and Devi Sridhar, Ph.D., Global Health and the Law, New England Journal of Medicine 370 p. 1732 (2014); Jennifer Prah Ruger, Theodore W. Ruger

في القانون الدولي، ما من قاعدة أو أداة لتحديد أولويات المعايير. من المؤكد أن بعض المعاهدات تحتوي على فقرات تحدد الأولويات مقارنةً بالنصوص الأخرى؛ لكن تمثل هذه حالات استثنائية وليست القاعدة. وعلى عكس ذلك، من المسلم به أن تعمل كل دولة تلتزم بمعاهدة دولية على احترامها دون أن تكون قادرة على "إبطالها" من خلال التذرع بأحكام مناقضة في معاهدة أخرى. تُستثنى من هذه القاعدة مجموعة من القواعد العرفية المستمدة من قواعد أسرة، أي قواعد هامة للغاية فتتطبق دائماً حتى دون تكريسها بموجب معاهدة ملزمة للدولة المعنية. يشكل حظر الإبادة الجماعية وحظر التعذيب جزءاً من هذه القواعد الأساسية للقواعد الأمرة. لكن ما من قائمة رسمية وشاملة ومعترف بها لهذه القواعد التي تندرج ضمن هذه القواعد الأمرة؛ وعلى أي حال، لا يعتبر الحق في الصحة في حد ذاته جزءاً منها. يذهب بعض المؤلفون في مجال الفقه إلى أبعد من ذلك ويعتبرون أن المعايير "الرئيسية"، قبل كل ما يضمن الحقوق الأساسية، يجب أن تعطى بشكل عام أولوية ثابتة على غيرها. وانطلاقاً من هذا المنظور، ينبغي إعطاء الحق في الصحة هذه الأولوية.

ويقود ذلك إلى السؤال الثاني المتعلق بإمكانية التقاضي. لا تتضمن العديد من المعاهدات الدولية آلية إنفاذ تلزم الدول فعلياً. وبالتالي، لا تنشئ معظم المعاهدات محكمة للنظر في النزاعات وإصدار أحكام تكون الدولة المعنية ملزمة بتنفيذها. يشكل هذا خيار سياسي عمدي للدول التي لا ترغب في قبول التزامات قانونية ملزمة قضائياً. وإذا كان إنشاء المحاكم الدولية هو الاستثناء، هناك آليات إشرافية أخرى ذات فعالية في هذا المجال. فمثلاً تنص العديد من المعاهدات على التزام الدول الأطراف بإعداد تقارير و / أو قبول عمليات التفتيش الخارجية (التي يجريها المقررون أو الخبراء المستقلون). تتضمن هذه التقارير والمراجعات الخارجية توصيات للتحسين، تقبل غالباً الدول تطبيقها في ظل الضغوط الدولية أو الضغوط من المنظمات غير الحكومية ووسائل الإعلام، أو على الأقل مناقشتها. في هذا الصدد، يمكننا ذكر الأعمال العديدة والمهمة للمقررين الخاصين المتعاقبين للأمم المتحدة بشأن حق كل فرد في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية.

لكن إذا رفضت دولة معينة احترام قاعدة مستمدة من معاهدة دولية لا تتضمن آلية ملزمة لإمكانية التقاضي، فما من سبيل لإجبارها على القيام بذلك، حتى لو تضمنت هذه القاعدة حقاً أساسياً مثل الحق في الحصول على الرعاية. فمثلاً إذا رفضت دولة ما توفير الميثاقون لسكانها، فلا توجد بوجه عام آلية قانونية دولية لإجبارها على القيام بذلك.

يجب التعامل مع هذا البيان من جانبين.

من جهة، اتخذت بعض الدول خطوة إضافية، ليس فقط عبر الاعتراف بتفوق القانون الدولي (وأولويته)، بل عبر الإقرار بأن القواعد التي تشكل جزءاً من هذا القانون يجب أن تطبق مباشرة من قبل محاكمها. في مثل هذه الحالات، تكون المحاكم الوطنية ملزمة بتطبيق وإعمال قاعدة القانون الدولي (مثل الوصول إلى الرعاية). وتبعاً للبلد، من الضروري أن تكون قاعدة القانون الدولي مُصاغة بطريقة دقيقة ليكون نطاقها (المحتوى والحدود) واضحاً للمحاكم.

من ناحية أخرى، في أوروبا، اعتمدت المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان تفسيراً تدريجياً واسع النطاق لقواعد الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان. إذا لم تتركس هذه الاتفاقية مباشرةً الحق في الصحة، فيمكن ذكر العديد من الحريات الممنوحة للتوصل إلى النتيجة نفسها تقريباً. وبالتالي، يمكن للأفراد ذكر الحق في الحياة (المادة 2) وحظر التعذيب والمعاملة المهينة (المادة 3) والحق في احترام الحياة الخاصة والأسرية (المادة 8) والحق في حرية التعبير (المادة 10) في نزاع مع الدولة للاستفادة من الحقوق أو الفوائد المتعلقة بالصحة. فمثلاً خلص حكم قضائي صدر مؤخراً إلى أن الأشخاص المحتجزين والمدمنين على الهيروين يجب أن يتلقوا تقييماً طبياً مستقلاً لحالتهم الصحية، وبالتالي لا يمكن ببساطة أن يُجبروا على الامتناع عن التعاطي. إن هذا الحكم ملزم بشكل مباشر للبلد المدعى عليه وهو ملزم بشكل غير مباشر لجميع البلدان الأخرى التي تمر بحالة مماثلة. إن هذه الآلية بارزة لأنها الآلية الأكثر استخداماً والأكثر فاعلية (في مجال القانون) في مجال الحقوق الأساسية.

وأخيراً، إن هذه التفسيرات حول نطاق الحق في الصحة لن تكتمل دون التذكير بالدور الرئيسي الذي تلعبه المنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني بشكل عام. غالباً ما ينجح الضغط المحدد الأهداف الذي تمارسه المنظمات غير الحكومية في الوقت المناسب في تغيير المواقف بسرعة أكبر وبالتالي بشكل أكثر فعالية من اللجوء إلى إجراءات قضائية عادةً ما تكون طويلة ومكلفة ولسوء الحظ غير مؤكدة. فمثلاً يمكن لمنظمة غير حكومية ترغب في انتقاد غياب برامج تبادل الإبر المستعملة في بلد معين أن تمارس ضغوطاً كبيرة على الدولة، بالاستناد إلى تقرير المقرر العام المعني بالصحة والاستفادة بشكل جيد من التواصل عبر وسائل الإعلام. باختصار، على الرغم من أن الحق في الصحة (على غرار الحقوق الأخرى) في القانون الدولي ليس مطلقاً ولا يتمتع بألية إنفاذ ملزمة، إلا أن الاعتراف به على المستوى الدولي له تأثير عملي كبير على الدول والسكان والأفراد.

2015DOI: 10.1056/NEJMhle1412262; Alicia Ely Yamin, The Right to Health Under International Law and Its Relevance to the United States, Am J Public Health, December 3, 2016 · alth. 95(7): p. 1156–1161 (2005 July); Paul Hunt, Interpreting the International Right to Health in a Human Rights-Based Approach to Health, December 3, 2016 · In Papers in Press, health and Human Rights Journal; Virginia A. Leary, The Right to Health in International Human Rights Law, Health and Human Rights, Vol. 1, No. 1 (Autumn, 1994), pp. 24-56

⁴ يعزى أساس هذه القواعد الأمرة بشكل عام إلى المادة 53 من اتفاقية فيينا لقانون المعاهدات.

⁵ يمثل تقرير 6 آب / أغسطس 2010، A / 65/255، الذي يتناول حق الأشخاص المعتمدين في الصحة، ركناً أساسياً.

⁶ انظر ملخص الأحكام الصادرة عن المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان التي ساهمت، عن طريق المواد 2 و 3 و 8 و 10، في إعمال الحق في الصحة: الأوراق الموضوعية حول الصحة لتموز يوليو 2017. www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_FRA.pdf 2017. www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_FRA.pdf

Wenner c. ألمانيا في 11 أيلول/سبتمبر 2016.

1.4 وصف المواد الأفيونية في متلازمة الاعتماد: المقاييس التاريخية

من المستحيل فصل خصائص الأطر التنظيمية لوصف المواد الأفيونية عن العناصر التاريخية أو الجيوسياسية أو الاجتماعية - الأنتروبولوجية المتعلقة باستخدام المواد الأفيونية. يقترح القسم التالي التذكير ببعض مجالات التوتر الشائعة، منذ تصنيع استخدام المورفين لأغراض طبية في منتصف القرن التاسع عشر إلى أزمة الإيدز (متلازمة نقص المناعة المكتسب) في الثمانينيات، وآثاره اللاحقة لتطوير العلاجات بالناهضات الأفيونية كما نعرفها اليوم.

وشهد القرن التاسع عشر تأسيس العديد من التخصصات العلمية (الطب النفسي الحديث وعلم النفس وعلم الأعراق وعلم الاجتماع، إلخ) التي ترافقت مع العديد من التطورات التقنية الطبية (اكتشاف المورفين من قبل سيرتورنر في عام 1803 واختراع الإبرة المجوفة من قبل برافاز (Pravaz) في عام 1841 وإبرة الحقن من قبل ريند (Pravaz) في عام 1844 وإبرة لوير (Lüer) في الستينيات وحقن المورفين من قبل وود (Wood) في عام 1853). سمح بروز هذه التخصصات بالاعتراف بهذه الاكتشافات وإدماجها (Cohen & Lloyd, 2014; Foucault, 2014).

في النصف الثاني من القرن التاسع عشر، أدت نزاعات عنيفة مع أسلحة جديدة (مثل الحرب الأهلية الأمريكية ومعركة سولفرينو وحرب القرم والحرب الفرنسية الألمانية والحرب اليونانية التركية، إلخ) إلى عشرات الآلاف من المصابين بجروح خطيرة والذين تمت معالجتهم بالمورفين (Courtwright, 2001). لذا ندرك أنه من الصعب أحياناً إيقاف المورفين بعد استهلاكه وهكذا برزت مفاهيم "مرض الجيش" (army disease) و"الإدمان على المورفين" (morphinism). ومنذ عام 1871، اقترح الطبيب البريطاني فرانسيس إ. أنستي وصف المواد الأفيونية على المدى الطويل للأشخاص المعتمدين على المورفين (Berridge & Edwards, 1987). وأصبح هذا الإجراء هو المعيار في علاج "الإدمان المزمن على المورفين" (Er- (lenmeyer, 1883).

في الولايات المتحدة، تنتشر متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية بين السكان المهمشين ولكن بين الطبقات الوسطى أيضاً. وتنتشر العديد من الأدوية التي تحتوي على مواد أفيونية على أنها "أدوية معجزة" في غياب أي إطار تنظيمي. بالإضافة إلى العديد من البرامج التي تهدف إلى الامتناع عن التعاطي، تبرز العديد من العيادات التي توفر علاجات قريبة جداً من العلاجات بالناهضات الأفيونية الحالية (Terry & Pellens, 1970). لكن تم حظر هذه المؤسسات في الولايات المتحدة بموجب قرار اتحادي لعام 1923 (تفسير "قانون هاريسون") (Musto, 1987)، إذ لم تكن متلازمة الاعتماد في ذلك الوقت مُعترف بها كمرض (Berridge, 2004). تبعد ذلك فترة من القمع، تمت خلالها آلاف من الاعتقالات على المهنيين في مجال الصحة. لكن من أجل تخفيف عدد المعتمدين في السجون، تم إنشاء في الثلاثينيات مراكز تجمع بين السجن والمستشفى ومركز البحوث، في ظروف أخلاقية غير واضحة، مثل "Narcotic farm" الذي تم توثيقه في عام 1935 في لكسنغتون (كنتاكي) (Musto, 1987).

أما المملكة المتحدة فاختارت مساراً معاكساً. في عام 1926، بناءً على تفويض وزاري، رفع الدكتور سير همفري رولستون تقريراً من اللجنة التي يرأسها بشأن وصف الهيروين والمورفين للأشخاص المعتمدين على المواد الأفيونية. ويخلص التقرير إلى أن الوصفة طويلة الأجل والمراقبة جيداً ملائمة طبيياً. منذ ذلك الحين، يُشار إلى هذه الممارسة باسم "النموذج البريطاني" (Lindesmith, 1957) واستمر حتى مطلع الثمانينيات.

ولم تبدأ الولايات المتحدة وكندا إلا في عام 1948 باختبار وصف الميثادون كطريقة للإقلاع عن الاعتماد على المواد الأفيونية (ليكسينغتون). تستمر الوصفات الطبية على مدى عدة أيام أو عدة أسابيع، ولكن مع التركيز دائماً على التوقف الكامل لاستهلاك المواد الأفيونية (maintenance to, Halliday, 1963; Isbell & Vogel, 1949). ولم يتم إدخال وصف الميثادون على المدى الطويل في أمريكا الشمالية إلا في عام 1964 إثر مبادرة فينسنست دول وماري ندفاندر. وكان المفهوم الأساسي هو تغطية العجز الأيضي المسمى "maintenance" (العلاج الصياني) (V. P. Dole & M. Nyswander, 1965; Dole & Nyswander, 1966, 1967; Dole, Nyswander & Kreek, 1966; Nyswander & Dole, 1967). يجادل فينسنست دول بأن التنظيم "العادي" للأدوية المحتوية على مواد خاضعة للمراقبة يكفي للإشراف على هذا النوع من الرعاية. لكن لم يؤخذ برأيه. وضع الإشراف تحت سيطرة شرطة "إدارة مكافحة المخدرات" (DEA)، وهي وكالة فدرالية تعمل تحت إشراف وزارة العدل، في حين أن الرعاية المقدمة تقتصر على عدد محدود من المراكز المتخصصة. وتم تكرار نموذج المراقبة المعززة لوصف الناهضات في علاج متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية في جميع أنحاء العالم مع فوارق بسيطة، عندما لم تكن هذه الوصفات ممنوعة بشكل صارم.

في الثمانينيات، أدى انتشار الإيدز بشكل كبير بين مستخدمي الهيروين عن طريق الوريد إلى إعادة النظر في هذه الوصفات في إطار السياسات العامة الجديدة "للحد من المخاطر والأضرار"، وبالتالي إطلاق مفهوم "العلاج القائم على البدائل". يعتبر العلاج هجين: يتألف الجزء الأول من العلاج والجزء الآخر من توافر "منتجات بديلة" لاستخدام المصطلحات الشائعة في التسعينيات (OFSP, 2013). أجريت العديد من تجارب "التوزيع" حريفاً في ظل ظروف أطر صحية عشوائية أحياناً وبعيدة عن النموذج الطبي من تصميم دول وندفاندر. ومن المؤكد أن هذه الطرق قد ساهمت بشكل غير مقصود في تعزيز إنشاء مجموعة من الأنظمة المخصصة التي تهدف إلى تحديد أطر المبادرات، في "أوضاع"، غالباً ما تكون بعيدة عن إجراءات الإشراف المعيارية تحت رعاية الهيئات الدوائية.

في سويسرا مثلاً، أدخل هذا النموذج في القانون الاتحادي بشأن المواد الخاضعة للمراقبة (LStup) في خريف عام 1974، شريطة أن تضع الكانتونات تفويض خاص لوصف وتطبيق وإعطاء المخدرات لعلاج المعتمدين. تشير الأرشيفات البرلمانية السويسرية على قول هذا الحكم بالإجماع من قبل المفوضين، بناءً على اقتراح نائب من جنيف، حول وصف مخدرات معينة بسهولة للمرضى، "سارداً" أمثلة نموذجية على سوء الاستخدام" ومقرضاً أن الحكم المقترح سيشكل، بتدبيراً مقيداً للغاية لمكافحة مثل هذه التجاوزات".

على الرغم من القيود المتأصلة في ظروف التنفيذ المهمشة، ينجم عن تطوير العلاجات بالناهضات الأفيونية في إطار نهج الصحة العامة مجموعة كبيرة من البحوث، بحيث أنه في عام 2005، تم ضم الميثادون والبوبرينورفين في هذه العلاجات إلى قائمة الأدوية الأساسية النموذجية لمنظمة الصحة العالمية. ويتم تطوير مواد أفيونية أخرى في الاستطباب وهي موضوع دراسات معمقة، خاصةً، ليوفوميتاديل أسيتات (LAAM)، والمورفين طويل الأجل، وخططة بوبرينورفين - نالوكسون، وأخيراً وصف دواء ثنائي أسيتيل المورفين بالحقن. في القسم التالي، سيتم تلخيص المعرفة الرئيسية حول المواد الأفيونية وتأثيراتها في العلاجات بالناهضات الأفيونية. وسترد في المرفقات 2 من التقرير تفاصيل حول التأثيرات المحددة للمورفين.

1.5 المفارقة في سلامة الأدوية الأفيونية

1.5.1 علم صيدلة المواد الأفيونية

معنى البوبرينورفين والميثادون لتطبيق علاج الاعتماد

يتطلب فهم الآثار السريرية للعلاجات بالناهضات الأفيونية وتأثيرها على الصحة العامة فهم بعض المبادئ الصيدلانية للمواد الأفيونية. تتمتع كافة المواد الأفيونية بخصائص مسكنة ومحبذة للإدمان، ولكن الخصائص الأقل شيوعاً هي تلك المضادة للإدمان. تختلف نسب هذه العناصر الثلاث تبعاً للتأثيرات المحددة لكل مادة أفيونية وتبعاً لنمط تناولها والسياق البيئي والشخصي لهذا التناول.

ولأن أدوية الميثادون والبوبرينورفين هي فئة من المواد الأفيونية التي تضم الهيروين أيضاً، لم يكن من الواضح أن هذه الأدوية المستخدمة لمعالجة متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية هي بدائل للمركبات الأفيونية غير القانونية والمستخدم بشكل غير طبي مثل الهيروين. ساهم ذلك في اعتقاد مقدمي العلاج والمرضى والمجتمع ككل أن هذه الأدوية لم تكن علاجاً لمتلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية، بل مجرد طريقة للتغلب على عدم مشروعية الوصول إلى المواد الأفيونية وإدارة تأثيرها السلبي الحاد عند المقاطعة وهي: متلازمة الإقلاع.

وساهم هذا الاعتقاد القوي في تعزيز وصف الميثادون والبوبرينورفين بجرعات متدنية ولفترات قصيرة فقط. تم اعتبار العلاج مؤقتاً، تحسباً لوقف استخدام المواد الأفيونية على هذا النحو، بما في ذلك المواد الأفيونية الموصوفة.

لكن لا تتعلق متلازمة الاعتماد فقط باستخدام المواد الأفيونية، بل بفقدان السيطرة على استخدام المركب الذي يعطي تجربة ممتعة وقوية. إن المواد الأفيونية بمفعول قصير تقوي أكثر من المواد الأفيونية بمفعول طويل، بسبب بداية الآثار الممتعة بشكل أسرع بعد استخدامها. على الرغم من أن الميثادون والبوبرينورفين هما مادتان ناهضتان أفيونيتان، تعطي تركيبتهما أثراً مقوياً منخفضاً يؤدي إلى استقرار العمليات الفيزيولوجية التي تتعطل باستخدام المواد الأفيونية السريعة والقصيرة الأجل مثل الهيروين المحقون. كما يحمي استخدام الأدوية الأفيونية طويلة المفعول مثل الميثادون والبوبرينورفين من المخاطر المرتبطة بمتلازمة الاعتماد الأفيونية ويسهل التعافي.

ما هي المواد الأفيونية؟

يتمتع مصطلح "مادة أفيونية" بعدة معاني مترابطة ومتداخلة: فله معنى نباتي ودوائي وكيميائي.

أولاً يشمل في المعنى النباتي جميع القلويدات النباتية الطبيعية التي تم الحصول عليها من خشخاش الأفيون (بابافير سو منيفيرم). تتواجد هذه في مجموعة متنوعة واسعة: المورفين والكوديين التي تستخدم أساساً

⁹ في هذا الخصوص، صرح فينست دول في عام 1989 عمّا يلي: "لم تكن الصعوبة في انتشار الميثادون، أو بسرعة انتشاره، بل كمنعت الصعوبة في انتشاره بطريقة أسرع من تطور الكفاءات الطبية. ففي كافة أنحاء البلاد، تسارع الأفراد الذين لديهم فهم ضئيل جداً في علم عقاقير الميثادون، والذين لا يدركون المشاكل الطبية والاجتماعية التي قدمها المدمنون، إلى الميدان وظنوا أن كل ما عليهم فعله هو إعطاء العقار". (Dole, V.P. (1989). Interview. In D. Courtwright, H. Joseph, and J. H. Des Jarlais, Addicts who survived (pp. 331-343). Knoxville, TN: The University of Tennessee Press

¹⁰ في عام 1992، أجرى معهد الطب (IOM) مراجعة للتنظيم الفدرالي للميثادون وليوفوميتاديل أسيتات (LAAM) في علاج الإدمان. وخلص التقرير الصادر في عام 1995 (من بين أمور أخرى) إلى أن التنظيم الحالي من قبل وكالات متعددة: (1) يبالغ في التشديد على مخاطر تسريب الميثادون؛ (2) ينقل البرامج بمعاملات غير ضرورية؛ (3) يقيد القرار السريري؛ (4) يخفض الوصول إلى العلاج؛ و(5) يساهم في التوقف المبكر عن العلاج. فأوصى معهد الطب (IOM) بأن يتم استبدال الأنظمة المفصلة الحالية بمبادئ توجيهية للممارسات وأنظمة واضحة ومفصلة (Rettig and Yarmolinsky, 1995).

كمسكنات، والنوسكايبين وهو عامل مضاد للسعال من دون تأثيرات نفسانية، ويتم استخدام الثيبائين والأوريبافين لبدء إنتاج المواد الأفيونية شبه الاصطناعية.

ثانياً يشير المعنى الدوائي إلى أي مركب، بغض النظر عن تركيبته، له خواص وظيفية ودوائية يرتبط بمستقبل أفيوني ويفعله (والمسمى أيضاً ناهض للمستقبل الأفيوني). قد يكون شبه اصطناعي (أي فلويدات شبه أفيونية طبيعية معدلة كيميائياً مثل الهيروين أو الأوكسيكودون أو البوبرينورفين) أو الاصطناعية بالكامل (مثل الميثادون، الذي لا تشبه بنيته بنية الفلويات شبه الأفيونية الطبيعية).

وأخيراً يشير المصطلح بمعناه الكيميائي إلى أي مركب طبيعي أو اصطناعي أو شبه اصطناعي له تركيبة كيميائية مشابهة للمواد الأفيونية الطبيعية. قد تنشط هذه مستقبلات المواد الأفيونية (نشاط ناهض مثل الهيروين والأوكسيكودون)، وتنشط بشكل جزئي المستقبلات الأفيونية (ناهض جزئي أو ناهض مختلط / مضاد" مثل البوبرينورفين) ولكن قد ترتبط أيضاً بالمستقبل بدون تنشيطه (نشاط ناهض مثل النالكسون والنالتريكسون).

الإندورفين هو مادة أفيونية داخلية المنشأ، ينتجها الجسم. توجد في الحيوانات والبشر وتعمل على مستقبلات الجهاز العصبي. تنتشر هذه المستقبلات على نطاق واسع في الجهاز العصبي (المركزي والطرفي) وترتبط بمحفزات المكافأة. وتلعب دوراً مركزياً في تحديد العادات والاستجابات للنجاة وتخفيف الألم. يتم تحديد ثلاثة أنواع مختلفة من المستقبلات الأفيونية في الجسم والتي تسمى: ميو وكابا و دلتا. تعمل معظم المواد الأفيونية على الثلاثة ولكن ترتبط المواد الأفيونية المختلفة بمستقبلات معينة.

وبالتالي، يلعب النظام الأفيوني داخلي المنشأ دوراً هاماً في متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية، كما يرتبط ببيولوجيا متلازمة الاعتماد على الكحول والكوكايين (Torrens, Fonseca, Galindo & Farre, 2015) بالإضافة إلى الإدمان السلوكي مثل اضطرابات القمار أو الإدمان على الغذاء. من هذا المنظور، من المنطقي أن يكون النظام الأفيوني داخلي المنشأ مستهدفاً في العلاج الدوائي.

كيف تمارس المواد الأفيونية نشاطها؟

يمكن تصنيف المواد الأفيونية (بالمعنى الدوائي) كناهضات كاملة وناهضات جزئية ومضادات. الناهض هو المادة التي تقوم، عند الارتباط بمستقبل المواد الأفيونية بتنشيطه، وتخلق استجابة بيوكيميائية أو خلوية. المضاد هو عكس الناهض بمعنى أنه يرتبط بالمستقبلات، ولكنه لا يقوم بتنشيطها. وبمجرد ربط جزيئات البوبرينورفين بالمستقبلات، فهي تمنع نقاط الربط لجزيئات الناهضات.

ينشط الناهض الجزئي المستقبل، لكنه يعادل تأثيره تأثير الناهض الكامل، كما أن الحد الأقصى لتأثيره أقل من التأثير الأقصى للناهض.

أمثلة عن المواد الأفيونية

إن الناهضين الأفيونيين الرئيسيين الأكثر توافراً واستخداماً في الكثير من البلدان هما الميثادون والبوبرينورفين. في بعض البلدان، يستخدم البوبرينورفين مع النالكسون، وهو مضاد أفيوني. أما المواد الأفيونية الأخرى المستخدمة في العلاجات بالناهضات الأفيونية فهي المورفين والهيروين. في الماضي، كان ليفوميتاديل أسيتات (LAAM) طويل المفعول يُستخدم أيضاً، ولكن هذا الدواء لم يعد متاحاً تجارياً. إذ تم سحبه بسبب آثاره الجانبية على القلب، لكن لديه إمكانات علاجية بفضل طول مدة عمله. ويمكن أخذه مرة كل يومين. لذا من المفيد إجراء دراسات جديدة لتقييم نسبة المخاطر والمنافع.

المورفين

يوصف المورفين في المقام الأول كمسكن عالي الفعالية. وهو النموذج لعمل الناهض الأفيوني على مستقبلات ميو الأفيونية. يرد في المرفقات 2 وصف للتأثيرات النموذجية لتنشيط مستقبلات ميو الأفيونية.

ثنائي أسيتيل المورفين (الهيروين)

يتم توليف ثنائي أسيتيل المورفين من المورفين عن طريق الأستلة. في نهاية القرن التاسع عشر، تم تسويقه تحت الاسم التجاري "هيروين" الذي لا يزال يستخدم في كثير من الأحيان. وهو أكثر نشاطاً من المورفين بمرتين لجرعةٍ مماثلة نظراً لخصائصه المحبة للدهون. نتيجة لذلك، يتمتع بتأثير قوي جداً وخواص قوية محدثة للاعتماد. لم يكن هذا معروفاً عند إدخاله في البداية في الطب البشري. لا يملك الهيروين بحد ذاته أي نشاط أفيوني جوهري؛ فهو عبارة عن طليعة دوائية (prodrug) وفي البشر، يتم استقلالها لتنشيط المركبات الأفيونية: 6-أحادي أسيتيل مورفين (6-MAM) والمورفين. إن آثار الهيروين هي نفس آثار ناهضات ميو الأفيونية الأخرى. يبلغ متوسط العمر النصف للهيروين في الدم 3 دقائق بعد الحقن الوريدي؛ لكن يبدو أن العمر النصف لـ6-أحادي أسيتيل مورفين في البشر هو 3 إلى 10 دقائق. إن الوصول السريع للنشوة وقصر مدة بقائها يزيد من قدرة الهيروين على خلق الاعتماد.

الميثادون

إن الميثادون ناهض أفيوني شبه صناعي يستخدم في المعالجة المزمنة للألم وفي متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية لإدارة الرغبة والانسحاب. يتمتع الميثادون بتأثير منخفض يجعله مناسباً كدواء لمتلازمة الاعتماد الأفيوني. يشكل ناهضاً على المستقبلات ميو ودلتا وبدرجة أقل على كابا. كما للميثادون خصائص مضادة لمستقبلات ن-مثيل-د-أسبارتات (NMDA) ما يجعله مفيداً لفرط التألم الناجم عن المورفين.

عادةً ما يُعطى الميثادون كراسيمي: خليط 50:50 من (R)- و-(S) ميثادون. يتمتع الـ (R)- ميثادون بتقارب أعلى مع المستقبلات الأفيونية وفاعلية مسكنة أعلى من الـ (S) الانانتيومر. على الرغم من أنه يُعتقد أن الـ (R)- ميثادون مسؤول عن معظم أو كافة التأثيرات العلاجية للعلاج الصياني بالميثادون، فعادةً ما تُستخدم الراسميات (R و S)- ميثادون في العلاج بسبب انخفاض تكاليفها الإنتاجية.

هناك نوعان من الأعراض السلبية المهمة المتعلقة بالميثادون: ضعف التنفس وخطر الاضطرابات في وتيرة القلب المتعلقة باطالة فترة كيو تي المنسوبة إلى ايزومر-S.

يتم امتصاص الميثادون بسرعة بعد تناول جرعة فموية، ويمكن اكتشافه في الدم بعد 15 إلى 45 دقيقة من تناوله، وتصل تركيزات البلازما إلى أقصى حد بعد ساعتين إلى أربع ساعات من تناول الجرعة. يبلغ عمره النصف ما بين 15 و60 ساعة. يبلغ التوافر البيولوجي للميثادون حوالي 70-80٪. يرتبط الميثادون بشدة ببروتينات البلازما، بما في ذلك الألبومين والبروتينات الدهنية، وبصورة خاصة بالبروتين السكري ألفا-1. يتم استقلاب الميثادون بشكل كامل في الجسم. لذا يساهم ذلك في تفاعل الميثادون مع العديد من الأدوية.

البوبرينورفين

البوبرينورفين هو مادة أفيونية شبه صناعية. وهو نشط في المقام الأول في مستقبلات ميو الأفيونية كناهض جزئي وكمضاد لكابا مع تأثير له حد أقصى. يتوفر البوبرينورفين بمفرده أو مع النالكسون في العديد من البلدان لعلاج متلازمة الاعتماد الأفيوني لإدارة الرغبة والانسحاب. إن النوربوبرينورفين هو المستقلب الرئيسي للبوبرينورفين في البشر، مع نشاط في مستقبلات ميو الأفيونية.

برهن البوبرينورفين، الذي ظهر في البداية كمسكن، عن فعاليته لإدارة الألم المتساوية للمورفين. فهو أقوى بمقدار 25-50 مرة من المورفين (أي لتأثير متساوي يمكن إعطاء جرعة من البوبرينورفين أقل بـ 25 إلى 50 مرة من المورفين). يتمتع البوبرينورفين بدرجة عالية من الفاعلية ولكن بنشاط متأصل منخفض في المستقبلات ميو، وبزيج الناهضات الأفيونية الكاملة بعيداً عن المستقبلات. لهذا السبب، وبسبب فاعلية البوبرينورفين الأعلى على مستقبلات ميو، لا يمكن للناهضات الكاملة مثل الهيروين وإزاحتها وبالتالي لا ترتبط بالمستقبلات التي يشغلها البوبرينورفين. قد يكون ذلك وقائياً إذا كانت المادة الأفيونية الكاملة النشطة على ميو لها تأثير منشط قوي. لن يشعر المستخدم بتأثير الهيروين مثلاً وسيُساعد ذلك على تقادي الرغبة والانتكاس.

في حال إعطاء البوبرينورفين بعد استخدام الناهضات الكاملة (مثل الهيروين أو المورفين أو الميثادون)، فإن البوبرينورفين سيزيح الناهض الكامل عن المستقبلات ويحل مكانه، ولكن مع تنشيط أقل للمستقبل. سيتم اختبار ذلك من قبل المستخدم كمتلازمة الانسحاب الحاد المعجلة.

وبسبب تأثيره المحدود، فإن زيادة الجرعات لتتجاوز 32 ملغ تحت اللسان ليس لها تأثير أكبر كناهض أفيوني. هناك خاصيتان هامتان للبوبرينورفين ذات صلة: انخفاض شدة متلازمة الانسحاب وأعراضه عند التوقف، مقارنة بالهيروين أو المورفين أو الميثادون، وانخفاض قدرته على إنتاج تسهم مميت عند استخدامه من قبل الأشخاص الذين لا يتمتعون بمعرفة حول المواد الأفيونية أو المتحمسين للمادة بمفردهم وذلك بسبب خصائصه الناهضة الجزئية.

كما يتميز البوبرينورفين بضعف التوافر البيولوجي الهضمي وتوافر بيولوجي متوسط تحت اللسان. تصل تركيزات بلازما الدم إلى الذروة خلال ساعة إلى ساعتين بعد التناول الفموي أو تحت اللسان. إن مدة عمل البوبرينورفين طويلة (48-24 ساعة) عندما يُعطى بشكل متواصل، ليس بسبب الحركيات الدوائية ولكن بسبب انحرافه البطيء جداً عن المستقبلات ميو الأفيونية.

إن تفاعلاته المحتملة مع الأدوية الأخرى مثل مضادات الفيروسات الرجعية هي أقل من التفاعلات مع الميثادون.

1.5.2 الفعالية السريرية في معالجة متلازمة الاعتماد الأفيونية

إن الناهضين الأفيونيين الرئيسيين الأكثر توافراً واستخداماً في الكثير من البلدان هما الميثادون والبوبرينورفين.

أثبتت العديد من الدراسات حتى الآن الفعالية السريرية لهذين الدواءين. إن أنواع نتائج التداوير ليست متطابقة عبر الدراسات. تتمثل النتائج الأولية في متابعة العلاج واستخدام المواد الأفيونية التي تقاس بفحص المخدرات عبر البول أو الإبلاغ الذاتي عن الاستخدام، وتشمل النتائج الثانوية عدداً من المتغيرات مثل الصحة البدنية والصحة النفسية والعمالة والآثار السلبية.

في الدراسات حول نتائج علاج تعاطي المخدرات (DATOS)، أظهر المرضى الخارجيين المعالجين بالميثادون انخفاضاً في استخدام الهيروين من 91% في الإدخال المتقدم إلى 31% بعد 5 سنوات من المتابعة مع ارتفاع نسبة العمل بدوام كامل بـ10% بعد 5 سنوات (Hubbard, Cradock, & Anderson, 2003). في دراسة نتائج العلاج الأسترالية (ATOS)، أظهر المرضى الذين تلقوا إما الميثادون أو البوبرينورفين انخفاضاً في استخدام الهيروين خلال الشهر المنقضي، بعد 3 سنوات من المتابعة، من 99% إلى 34% (Teesson et al., 2008). أثبتت مراجعة كوكرين المنهجية أن علاج الصيانة بالميثادون، مقارنةً بالعلاج الوهمي أو غيره من العلاجات غير الدوائية، حسب الإحصاءات أكثر فاعلية في إبقاء المرضى في العلاج وفي إزالة استخدام الهيروين حسب ما تم قياسه بواسطة الإبلاغ الذاتي وتحليل البول / الشعر (Mattick, Breen, Kimber, & Davoli, 2009).

في العديد من البلدان إن الميثادون والبوبرينورفين هي أدوية مسجلة لمعالجة الاعتماد على المواد الأفيونية. ويتعين على الأطباء اختيار أي دواء يُستحسن استخدامه وفقاً لمعايير مختلفة. تم تسليط الضوء على أن فعالية الصيانة بالميثادون يُفترض متفوقاً على فعالية البوبرينورفين، على الأرجح لأن الميثادون تم استخدامه لفترة أطول وبالتالي أجريت الكثير من الأبحاث التي تؤكد على فعاليته وبسبب الخصائص الدوائية للميثادون كناهض أفيوني كامل. كما أفاد المؤلفون عن وثيقة كتبها (Verster و Buning 2005) تذكر أن تفوق فعالية الميثادون، لم يكن مقبولاً عالمياً أولاً بسبب عوامل مثل جرعات البوبرينورفين غير المثالية والبروتوكولات التوجيهية البطينية والتناقضات في تصاميم الدراسة التي قد تكون متحيزة في تفسير النتائج (Maremmani & Gerra, 2010).

أظهرت تجربة عشوائية مزدوجة التعمية تقارن الميثادون والبوبرينورفين نتائج مماثلة فيما يتعلق باختبارات البول الأفيونية الإيجابية ولكن كان معدل الاستبقاء أعلى للميثادون وقد يعود ذلك وفقاً للمؤلفين إلى الجرعات غير الملائمة للبوبرينورفين (Petitjean et al., 2001).

في استعراض التحليلات، كانت الجرعات العالية من الميثادون (أعلى من 50 مغ / د) أكثر فعالية من الجرعات المنخفضة في الحد من استخدام المواد الأفيونية غير المشروعة وأكثر فعالية بشكل ملحوظ من الجرعات المنخفضة من البوبرينورفين، وكانت فعاليتها مماثلة لفعالية الجرعات العالية من البوبرينورفين (أكثر من 8 ملغ / يوم) للبارامترين (Farré, Mas, Torrens, Moreno, & Camí, 2002).

أظهرت مراجعة كوكرين أن البوبرينورفين استبقى المشاركين بشكل أفضل من العلاج الوهمي عند أخذ جرعة أعلى من 2 ملغ ولكن كانت جرعة البوبرينورفين العالية (≤ 16 ملغ) أكثر فعالية من العلاج الوهمي في توقف استخدام المواد الأفيونية غير المشروعة المقاسة عن طريق تحليل البول. خلص الباحثون إلى أنه في حالة استخدام جرعات ثابتة متوسطة أو عالية من البوبرينورفين، لا يبرز أي فرق بين البوبرينورفين والميثادون من حيث استبقاء المرضى في العلاج وفي توقف استخدام المواد الأفيونية غير المشروعة (Mattick, Breen, Kimber, & Davoli, 2014).

ولأن سوء استخدام البوبرينورفين قد يحدث، تستخدم تركيبة البوبرينورفين / نالوكسون (bup / nal) في بعض البلدان للتخفيف من هذه المخاطر. تشير الدراسات إلى أنه في حالة الأفراد الذين يعتمدون على المورفين أو الهيدرومورفون أو الميثادون، قد يسرع البوبرينورفين / نالوكسون بالحقن الانسحاب كما أن خطر سوء استخدامه أقل من البوبرينورفين (Jones et al., 2015). لم يُسرّع البوبرينورفين / نالوكسون بالحقن الانسحاب لدى الأفراد الذين يُعالجون بالبوبرينورفين ولكن تم إعطائه بوتيرة أقل من البوبرينورفين أو الهيروين، وكانت التصنيفات الشخصية، للإعجاب بالمخدرات" و، الرغبة في تناول المخدر مرة أخرى" أقل عند أخذ البوبرينورفين / نالوكسون مقارنةً بالبوبرينورفين أو الهيروين (Comer et al., 2010).

في أيار / مايو 2016، وافقت إدارة الأغذية والأدوية الأمريكية (FDA) على أول عملية غرس للبوبرينورفين بتأثير طويل تحت الجلد لمعالجة الاعتماد على المواد الأفيونية. تمت الموافقة على هذا الغرس للمرضى المستقرين الذين يأخذون أشكال أخرى من البوبرينورفين وسيوفر إطلاقاً مستمراً للبوبرينورفين لمدة ستة أشهر. أما بالنسبة للمرضى المستقرين الذين يأخذون جرعة من البوبرينورفين تحت اللسان، لم يبدي غرس البوبرينورفين عن فعالية أقل في الاستجابة مقارنةً بالبوبرينورفين المستمر تحت اللسان (Rosenthal et al., 2016).

وبالنسبة لمتلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية بين النساء الحوامل، وجدت دراسة استعراضية عدم وجود فوارق كبيرة بين البوبرينورفين والميثادون عند تقييم الاستبقاء في العلاج، وانخفاض استخدام المواد، وحالة صحة الطفل ووفيات المواليد، على الرغم من إصرار المؤلفين على ضرورة إجراء المزيد من الدراسات مع عدد مناسب من العينات (Minozzi, Amato, Bellisario, Ferri, & Davoli, 2013). أظهرت مراجعة منهجية واستعراض التحليلات انخفاض مخاطر الولادة قبل الأوان، وارتفاع الوزن عند الولادة وارتفاع حجم محيط الرأس مع العلاج بالبوبرينورفين خلال فترة الحمل مقارنةً بالميثادون، ومن دون أضرار أكبر (Zedler et al., 2016).

تم اقتراح المورفين الفموي البطيء (SROM) كعلاج بديل. وتبين أن العلاج البديل مفيد سريريًا في الأشخاص الذين لا يتحملون الميثادون أو الذين أظهروا انسحاباً غير ملائماً (Kastelic, Dubajic, & Strbad, 2008). في دراسة عشوائية متقاطعة غير دونية مقارنة مع الميثادون، يبدو أن فعالية المورفين الفموي البطيء توازي فعالية الميثادون على الأقل في علاج المرضى الذين عولجوا سابقاً بالميثادون (Beck et al., 2014).

بالنسبة لمجموعة فرعية من الأشخاص المصابين بمتلازمة الاعتماد على الهيروين الذين لم تنجح عليهم العلاجات بالناهضات الأفيونية المذكورة سابقاً، ثبت أن وصف العلاج بالناهضات الأفيونية للهيروين الدوائي عبر الوريد يقلل الرغبة في التعاطي واستخدام الهيروين في بيئة غير طبية، مقارنة مع وصفة الميثادون (Blanken, Hendriks, Koeter, van Ree, & van den Brink, 2012; Ferri, Davoli & Pe-, 2011; Nielsen et al., 2016; Ruuci, 2005; Ferri, Davoli & Perucci, 2011). إن التجربة الأكثر نجاحاً في هذا المجال هي البرنامج السويسري لوصف الهيروين الذي تم تعميمه، منذ منتصف التسعينيات، في حوالي 20 مركز متخصص في سويسرا الألمانية وجنيف. وإن كان هذا البرنامج اليوم راسخاً من الناحية المؤسسية، ركزت الأعمال العلمية المخصصة له في المقام الأول على الآثار المترتبة على الصحة العامة؛ لكن الآثار السريرية، خاصة حول عنصر المتعة المسبب للإدمان لم تُدرس بعد.

1.5.3 الآثار على الصحة العامة والسلامة العامة

إن العبء العام المرتبط باضطراب استخدام المواد الأفيونية وحقن تعاطي المخدرات عالٍ جداً وفقاً للوثائق. ويمتد إلى محيط المستخدم، من خلال العائلة والأصدقاء، لكنه يؤثر أيضاً على المجتمع ككل من خلال التكلفة. ارتبط تعاطي المخدرات بالحقن بفيروس نقص المناعة البشرية ارتباطاً وثيقاً، وهو مسؤول عن 30% من حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في أوروبا، وما يصل إلى 80% من الحالات في بعض البلدان في أوروبا الشرقية. وبمجرد إصابة السكان الذين يستخدمون المخدرات، يمكن أن ينتشر فيروس نقص المناعة البشرية بسرعة، وتنتشر أوبئة جديد من فيروس نقص المناعة البشرية بواسطة تعاطي المخدرات عن طريق الحقن في بعض بلدان أوروبا الشرقية وروسيا. كما أدت ممارسات الحقن غير المأمونة المرتبطة باستخدام المخدرات عن طريق الحقن إلى انتشار وباء عالمي من التهاب الكبد سي. وفي أوروبا، تبين أن الأفراد المصابين بمتلازمة الاعتماد الأفيوني لديهم معدل وفيات سنوي يتراوح بين 2 و4 في المائة سنوياً، أي بضعف 13 مرة مقارنة بأقرانهم. يعود هذا الارتفاع في الوفيات في المقام الأول إلى تعاطي جرعات زائدة من المخدرات والعنف والانتحار والتدخين وأسباب تتعلق بالكحول. ويرتبط الاعتماد على المواد الأفيونية في حد ذاته بانخفاض كبير في نوعية الحياة حيث يتم استبدال الأنشطة ذات الأهمية بوقت للتعاطي أو البحث عن المواد الأفيونية. بالإضافة إلى المراضة المشتركة الطبية المرتبط بتعاطي المخدرات عن طريق الحقن والعنف، فإن مستخدمي المواد الأفيونية غير القانونية لديهم معدلات عالية من المراضة المشتركة النفسية - وعلى وجه الخصوص، الاكتئاب واضطرابات نفسية لاحقة للإصابة. ترتبط العديد من الأنشطة غير القانونية بالاستخدام الأفيوني، ويقدر أن نصف أو أكثر من مستخدمي المواد الأفيونية يشاركون في أنشطة إجرامية غير مجرد استخدام مادة غير مشروعة.

وقدّر أن المخدرات غير القانونية والأدوية غير الموصوفة ومعظمها من المواد الأفيونية، تكلف الولايات المتحدة أكثر من 193 مليار دولار سنوياً (McLellan, 2017). تعزى هذه التكاليف أولاً إلى فقدان الإنتاجية بسبب إساءة الاستخدام وإلى المصاريف القانونية للجرائم المتعلقة بالمخدرات. على الرغم من التكاليف غير العادية والمراضة والوفيات المرتبطة بالاستخدام غير الطبي للمواد ذات التأثير النفسي، فقد تم تجاهل هذا الوضع على المستوى العالمي ويستمر ذلك حتى اليوم.

خلال السنوات العشرين إلى الثلاثين الماضية، أكدت الأبحاث بالوثائق أن علاجات الميثادون والبوبرينورفين في الأونة الأخيرة تنصدي تقريباً لجميع هذه التأثيرات السلبية. يعود ذلك إلى أن هذه العلاجات تقلل من استخدام المواد الأفيونية بالحقن، وبالتالي انتشار فيروس نقص المناعة البشرية، وفيروس التهاب الكبد سي والأمراض المعدية الأخرى (Gowing, 2011; MacArthur, 2012; Mattick, 2014). كما تقلل من الوفيات والنشاط الإجرامي المتعلق باستخدام المواد الأفيونية غير الطبية، حتى لدى المرضى الذين يتابعون استخدام بعض المواد الأفيونية غير القانونية أثناء العلاج بالناهضات الأفيونية. إن الوصول إلى الميثادون والبوبرينورفين يزيد من الوصول إلى العلاجات الأخرى والامتثال بها والاستجابة إليها مثل علاج فيروس التهاب الكبد سي والسل (Moatti, 2000; Roux, 2008, 2009).

حاولت الدراسات تقييم فعالية تكاليف العلاج بالناهضات الأفيونية مع الميثادون والبوبرينورفين. تم استخدام مجموعة متنوعة من النماذج وتركز معظم الدراسات على تكاليف الرعاية الصحية وليس على التكاليف.

المجتمعية بشكل أوسع، مثل فقدان الإنتاجية أو تكاليف الجريمة المتعلقة بالمخدرات (Chetty, 2017). تم التغاضي عن التكاليف بالنسبة للأفراد والتأثيرات على الشبكات الأسرية والاجتماعية. استعرض كونوك وآخرون (2007) الفعالية السريرية وفعالية التكلفة انطلاقاً من 11 تقييم اقتصادي للعلاجات بالناهضات الأفيونية (ثمانية للميثادون واثان للبوبرينورفين). وجد الباحثون أن العلاجين فعالين من حيث التكلفة مقارنة مع عدم المعالجة (بلغت نسبة الفعالية الإضافية من حيث التكلفة للميثادون £13,697 / سنة العمر المعدلة حسب نوعية الحياة (QALY)، وللبوبرينورفين £26,429 / سنة العمر المعدلة حسب نوعية الحياة).

جزء من التحليل الاقتصادي المستمر لبرامج علاج المخدرات في كاليفورنيا، قَدَّر كريز وآخرون (2017) نفقات الدولة المتعلقة بالجرائم التي ارتكبتها 31000 مريض خلال فترة المتابعة المتوسطة البالغة 2.3 سنة. خلال المتابعة، شارك المرضى في علاج بالناهضات الأفيونية غير محدود الزمن و / أو في برامج إزالة السموم لمدة 21 يوماً. تم تقييم تكاليف كل جريمة بما في ذلك إصابات الضحايا والممتلكات والدخل والخسائر الأخرى. وأشار التحليل إلى أن المرضى يسببون تكاليف أقل متعلقة بالجريمة في الأيام التي كانوا فيها يتلقون العلاج مقارنة بالأيام التي تلت تركهم العلاج. انخفضت الخسائر الناجمة عن المرضى الذين تلقوا العلاج بالناهضات الأفيونية بـ126 دولار في اليوم، في المتوسط، أما الخسائر الناجمة عن المرضى الذين تابخوا برنامج إزالة السموم فقد انخفضت بـ141 دولاراً في اليوم، في إطار التكاليف المتعلقة بالجريمة عندما كانوا في العلاج مقارنة بالفترة التي تلت مغادرتهم. لكن خلال 6 أشهر، من المتوقع أن يواصل المرضى الذين يتلقون العلاج بالناهضات الأفيونية لفترة أطول من أولئك الذين يخضعون لعلاج إزالة السموم لمدة 21 يوماً. استناداً إلى التواريخ الطبية للمرضى في العينة نفسها، قُدِّر أن المرضى الذين بدأوا العلاج بالناهضات الأفيونية قد قضوا حوالي 161 يوماً في العلاج من أصل ستة أشهر، أما أولئك الذين خضعوا لبرنامج إزالة السموم لمدة 21 يوماً فقد قضوا حوالي 19 يوماً في العلاج. ونظراً لأن المرضى الذين بدأوا العلاج بالناهضات الأفيونية ينفقون نسبة أكبر من الوقت في العلاج، وهو الوقت الذي انخفضت فيه التكاليف المتعلقة بالجريمة، فإنهم سيولدون تكاليف متعلقة بالجريمة أقل بكثير: \$9,774 مقابل \$27,324، أي وفورات قدرها \$17,550. وبالتالي، فإن تكاليف العلاج بالناهضات الأفيونية يتم تعويضها بشكل كبير من خلال انخفاض الجريمة وحدها. بالإضافة إلى ذلك، يؤدي العلاج بالناهضات الأفيونية إلى تحقيق المدخرات عن طريق خفض تكاليف الرعاية الصحية وتحسين إنتاجية العمال، من بين وسائل أخرى. يشير المؤلفون أن النتائج التي توصلوا إليها لا تعكس كلياً التكلفة الاجتماعية الفعلية للجريمة، وبالتالي يمكن تحقيق علاج الادخار. في الدراسة، نجمت التكاليف الإجمالية عن العديد من التفاعلات الفردية مع نظام العدالة الجنائية، التي كانت واردة في البيانات. لكن العديد من الجرائم لا تؤدي إلى الاعتقال، ولا يتم تسجيل هذه التكاليف. ما يرفع الادخارات الفعلية بفضل العلاج.

يعود هذا الأثر الإيجابي القوي للعلاج إلى ارتباط وتيرة وكمية الاستخدام غير المشروع للمواد الأفيونية بجميع الآثار الجانبية المذكورة أعلاه والعبء العام. وبالتالي، فإن الانخفاض الجزئي في وتيرة أو كمية استخدام المواد الأفيونية له تأثير إيجابي على مؤشرات الصحة العامة والجريمة حتى بالنسبة لأولئك الذين لا يحققون الامتناع التام عن استخدام المواد الأفيونية غير المشروعة. في المجمل، وبغض النظر عن الفوائد الفردية المتوقعة من العلاج الفردي، هناك فائدة اجتماعية ومالية هامة جداً لجعل العلاجات بالناهضات الأفيونية متاحة لمستخدمي المواد الأفيونية غير القانونية الذين يعانون من مشاكل متعلقة بالاستخدام. من هذا المنظور، يجب أن يكون الوصول إلى العلاج سهل وغير مشروط على المدى الطويل وأن يتم في الوقت المناسب. تم الإبلاغ عن نتائج مماثلة للأمراض الطبية المزمنة. وتم اقتراح مقارنات مع ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري (McLellan, 2000, 2012). لكن لا ينبغي استخدام العلاج بالناهضات الأفيونية فقط لتأثيره الاجتماعي، بل للمنفعة الصحية للفرد. من هذا المنظور، قد تحتاج فعالية العلاج إلى أن تكون مصممة بشكل فردي لتلبية الاحتياجات الطبية لكل مريض. قد يشمل ذلك فهماً أفضل لما يميز متلازمة الاعتماد، وآثار التعديل المحددة على المدى الطويل للميثادون والبوبرينورفين على الرغبة الشديدة بالتعاطي بالإضافة إلى العلاج النفسي والاستشارة (Auriacombe, 2017).

1.6 الحواجز الرئيسية للوصول إلى الأدوية الأفيونية

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، يعيش 5.5 مليار شخص في بلدان لا يحصلون فيها إلا على القليل من الأدوية الخاضعة للمراقبة، ولا سيما الأدوية الأفيونية (WHO, 2009). لقد أظهرت العديد من الدراسات أن هذه الأدوية تستخدم بكميات ضئيلة جداً لعلاج الألم المعتدل والشديد (Duthey & Scholten, 2011; ten, 2014; Seya, Gelders, Achara, Milani & Scholten, 2011). وعلى الرغم من أن الميثادون والبوبرينورفين مدرجان في قائمة منظمة الصحة العالمية للأدوية الأساسية، أظهر (Mathers et al. 2008) عدم توافر إحدى هاتين المادتين أو كليتهما في العديد من الدول للعلاجات بالناهضات الأفيونية (Stone & Sander, 2016). ومع ذلك، يقدر (Mathers et al. 2008) أن عدد الأشخاص الذين يأخذون المواد الخاضعة للمراقبة بالحقن يبلغ 16 مليون شخص، وهناك آخرون يأخذونها بطرق أخرى. إن الوصول إلى المواد الأفيونية للعلاجات بالناهضات الأفيونية، وبالتالي الأدوية الناهضة الأفيونية، محدود بنفس قدر محدودية إدارة الألم.

يرغب السياسيون في المقام الأول في ردع الاستخدام غير الطبي للمواد الأفيونية، والاعتماد الناتج عن استهلاكها وتسريب الأدوية الأفيونية، حتى لو تم ذلك على حساب الحصول على المواد الضرورية للغاية لممارسة الطب. ونتيجة لذلك، أصبحت الأدوية الأفيونية أقل توافراً بشكل تدريجي في جميع أنحاء العالم في إطار العلاج الطبي (راجع أيضاً 1.2).

استجابت منظمة الصحة العالمية من خلال التوصية بأن تستند سياسات مراقبة المؤثرات النفسانية على مبدأ „التوازن“، أي الالتزام المزدوج من جانب الحكومات لإنشاء نظام مراقبة يضمن توافر المواد الخاضعة للمراقبة بشكل كافٍ للأغراض الطبية والعلمية، مع منع الاستخدام غير الطبي والتسريب والاتجار في الوقت نفسه. بالإضافة إلى ذلك، يستند هذا المبدأ إلى الأهداف المذكورة في ديباجات الاتفاقية الوحيدة للمخدرات، بصيغتها المعدلة بموجب بروتوكول 1972 (الذي ينظم على وجه الخصوص استخدام الميثادون) والاتفاقية الدولية بشأن المؤثرات العقلية (لتنظيم استخدام البوبرينورفين) (WHO, 2011).

في عام 1989، أوصت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات (INCB) الانتباه إلى مبالغة بعض الحكومات في ردود فعلها حول „مشكلة تعاطي المخدرات“ عندما „[...] أودت ردة فعل بعض المشرعين والقضاة، بسبب خوفهم من انتشار تعاطي المخدرات، إلى سن القوانين والأنظمة التي قد تخلق في بعض الحالات قيود مفرطة على توافر المواد الأفيونية“ (OICS, 1989). وكررت الهيئة بانتظام توصيتها، وكانت آخر مرة في تقريرها لعام 2016 (OICS, 2016).

حددت منظمة الصحة العالمية تعريفاً للمعايير المختلفة لتوافر الأدوية الخاضعة للمراقبة، ومن المفترض أن تساعد هذه التعاريف على تحليل استخدام المواد الأفيونية في مختلف البلدان:

وبالتالي، فإن التوافر هو درجة وجود الدواء في نقاط التوزيع في منطقة محددة وللسكان الذين يعيشون فيها عندما يكون الوصول إليها ضرورياً.

الإتاحة: تشير إلى أي مدى يمكن لهؤلاء الأفراد الحصول على الدواء، مع الأخذ بعين الاعتبار الحواجز التنظيمية أو الاجتماعية أو النفسية المحتملة. القدرة على تحمل التكاليف: مدى إمكانية حصول هؤلاء الأفراد على الدواء بتكلفة لا تعرضهم لخطر المعاناة من عواقب سلبية خطيرة (مثل عدم القدرة على تلبية احتياجات إنسانية أساسية أخرى) (WHO, 2011).

بمعنى آخر، يتعلق الأمر بمعرفة ما إذا كان الدواء موجوداً في الصيدلية وإذا كان يمكن الحصول عليه في الصيدلية وإذا كان المريض يتمتع بالقدرة على شرائه. ليتمكن المريض من الاستفادة فعلياً من الدواء، يجب استيفاء الشروط الثلاثة (Scholten, 2013).

يضيف المؤلفون الآخرون بعدين لإطار تصميم الوصول إلى الرعاية هذا: التناسب والمقبولية (Obrist et al., 2007) (أو في بعض الأحيان التكيف والمقبولية (Penchansky & Thomas, 1981; Wyszewianski, 2002)، إذ إن مفهوم المقبولية له جانب مهم، خاصة في مجال الوصول إلى علاج الاعتماد على المواد الأفيونية.

ولشمل هذه المعايير المختلفة، يستخدم هذا التقرير مصطلح „الوصول“.

بالنسبة للحواجز التي قد تقيد الوصول، يتم تصنيفها عادة حسب أربع فئات:

- العقبات التشريعية والسياسية،
- عقبات المعرفة
- الحواجز المتعلقة بمواقف المجتمع
- والحواجز الاقتصادية.

عملياً، توجد في جميع البلدان عوائق تحد من الوصول إلى الأدوية الخاضعة للمراقبة، بما في ذلك الأدوية الأفيونية. وفي العديد من البلدان، تكون هذه الحواجز شديدة بما يكفي لمنع معظم المرضى من تلقي العلاج المناسب عندما يحتاجون إليه.

أظهرت نتائج مشروع ATOM (الوصول إلى الأدوية الأفيونية في أوروبا)، والذي استمر من عام 2009 إلى عام 2014 وتم تمويله من قبل الاتحاد الأوروبي، وجود حواجز في 12 دولة في أوروبا الغربية مشمولة في الدراسة (Larjow, Papavasiliou, Payne, Scholten & Rad-) (bruch, 2016; Radbruch, Jünger, Payne & Scholten, 2014).

من بين هذه الحواجز، يكمن نقص المعرفة في الطليعة في معظم البلدان، حيث يندر أو يغيب التعليم في الجامعات حول المواد الأفيونية والاعتماد. نتيجة لذلك، لا يعرف العديد من المهنيين الصحيين كيفية التعامل مع هذه الأدوية عند نهاية دراستهم (انظر أيضاً الفصل 4.2).

ثانياً، وجدت عقبات تشريعية في البلدان الإحدى عشرة التي كانت التشريعات متوفرة فيها للسماح بتقييمها، وأظهرت عشرة منها عوائق محتملة تؤثر على وجه التحديد في الوصول إلى الأدوية الناهضة الأفيونية للأشخاص المعتمدين على المواد الأفيونية (Vranken et al., 2016). في معظم البلدان المشمولة في الدراسة، كانت التدابير المعتمدة أكثر صرامة من تلك التي تتطلبها الاتفاقيات الدولية على حساب المرضى. وبالتالي، في بعض الأحيان، تقيد الأحكام القانونية إمكانات العلاج الطبي لدرجة أنه من المستحيل تقريباً طرح الخيار العلاجي الذي سيكون من الناحية العلمية الأكثر حكمة.

ثالثاً، لوحظ وجود مواقف سلبية من قبل المهنيين الصحيين والمرضى والمجتمع. غالباً ما تستند هذه المواقف إلى معلومات خاطئة حول الأدوية الأفيونية أو الاضطرابات المتصلة بمتلازمة الاعتماد، وتتأثر أيضاً باستخدام المصطلحات غير الملائمة من قبل السلطات والمهنيين الصحيين ووسائل الإعلام. قد تكون هذه المصطلحات سلبية وتقلل من احترام المرضى، أو قد تكون غير مهذبة أو غير دقيقة و / أو تحكم على الآخرين (Scholten, 2015). وأخيراً، تم تحديد الحواجز الاقتصادية في العديد من البلدان التي شملتها الدراسة الاستطلاعية التي قامت بها منظمة ATOME، غالباً من حيث عدم كفاية تمويل الخدمات الصحية.

أوصت منظمة الصحة العالمية بمبادئ توجيهية لإزالة الحواجز التي تحول دون الوصول إلى المواد الأفيونية، والتي استخدمت كمصادر مرجعية لإعداد توصيات مجموعة بومبيدو (WHO, 2011). تتوفر العديد من المنشورات الأخرى التي تستعرض الحواجز أمام الوصول إلى المواد الأفيونية، وتتعلق معظمها بإدارة الألم ولكنها تنطبق على الأدوية الناهضة الأفيونية (Cherny, Baselga, de Conno, & Radbruch, 2010; Milani & Scholten, 2011).

1.7 التحديات المتعلقة بالحواجز التي تعيق الوصول إلى العلاجات بالناهضات الأفيونية

يتيح استعراض الحواجز المختلفة التي تحول دون الوصول إلى المواد الأفيونية تحديد ثلاث تحديات محددة للسياسات العامة المتعلقة بالعلاج بالناهضات الأفيونية.

1.7.1 الجودة والتكوين

تحديد نوعية الرعاية

فيما يتعلق بأهمية الحواجز التي تحول دون الوصول إلى الرعاية، فإن جودة العلاج عادة ما تكون قضية ثانوية. لكنه من السهل القول إن جودة العلاج ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالوصول إليه، من خلال القاسم المشترك وهو التكوين. تعتبر معايير جودة الرعاية المحددة بوضوح عنصراً أساسياً في تخصيص الموارد وفي تحديد ما هو متوقع من التعليم والتكوين. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، يمكن تعريف جودة الرعاية على النحو التالي: «نجاح يجب أن يضمن أن يتوفر لكل شخص مُعالج مزيحاً من الإجراءات التشخيصية والعلاجية التي تضمن أفضل نتيجة صحية له، وفقاً للحالة الراهنة للعلوم الطبية، بأفضل تكلفة لنفس النتيجة، وبأقل خطر علاجي للأخطاء ولتأمين الرضا من حيث الإجراءات والنتائج والتواصل البشري داخل نظام الرعاية الصحية»

تتمتع جودة الرعاية بمستويات متعددة من التقييم: جودة التعامل بين مقدم الرعاية ومتلقي الرعاية أو جودة القرارات التشخيصية أو العلاجية أو نوعية الإجراءات في مرفق الرعاية أو قرارات الاستثمار في إطار تنظيم الرعاية. يتمثل أحد الأهداف الرئيسية لمقاربة اضطراب تعاطي المواد في رفع القدرة على الوصول إلى من هم في أمس الحاجة للرعاية عن طريق زيادة معدل تغطية الخدمات. تتمثل الجودة أيضاً باستخدام المعارف التجريبية،

والحد من التمييز والمواقف السلبية، وبشكل أكثر عمومية احترام الحقوق الأساسية والمدونات المهنية.

تباين المبادئ التوجيهية السريرية

أظهرت الدراسات المختلفة (Haasen et al., 2004; McLellan, Carise & Kleber, 2003) عجزاً كبيراً في جودة العلاجات، لا سيما فيما يتعلق بالمستوى المنخفض للوضع المهني للعاملين. يسلط استعراض تم على المبادئ التوجيهية السريرية الوطنية الـ 26 (Uchtenhagen et al., 2005) حول العلاجات بالناهضات الأفيونية على عدة مبادئ توجيهية غير ملائمة. وبالتالي، تتضمن 22 من أصل 26 من المبادئ التوجيهية الوطنية التي شملتها الدراسة معايير المؤشرات، مثل 3 سنوات كحد أدنى لتطور المرض قبل بدء العلاج، أو الحد الأدنى للسن (حوالي 25 سنة)، أو حالات فشل علاج سابق كان يهدف إلى وقف الاستهلاك. وذكرت تسعة مبادئ توجيهية وطنية موانع مختلفة للاستخدام، بما في ذلك، السجن المستقبلي أو مشكلة في شرب الكحول أو مدة قصيرة من تطور الاضطراب. أشارت 8 توجيهات على الأقل من أصل 26 إلى استئجاب غير صحيح في الجرعات، وذكر توجيه واحد أن معرفة الحرائك الدوائية للميثادون ينطوي على جرعة فردية. كما وضعت عدة مبادئ توجيهية معايير لوقف العلاج، وخاصةً حذب توجيهان ووقف العلاج إذا كان اختبار البول إيجابياً.

من بين هذه التوجيهات الوطنية الـ 26، لم يتم تحديد مجال واحد بتوصيات موحدة؛ ولوحظت خلافات بارزة، إضافة إلى الأمثلة التي سبق ذكرها، في مجال إطار العلاج (خاص/ عام)، ونوع ومحتوى المعلومات المتوفرة لمقدمي الرعاية ومنتقلي الرعاية، وقواعد النقل وتدابير الرقابة وتمويل الرعاية وشروط البنية التحتية وضمان الجودة.

المعايير الدولية الناشئة

حلت دراسة EQUUS (دراسة حول تطوير إطار للاتحاد الأوروبي لمعايير الجودة ومعايير خفض الطلب على المخدرات) توجيهات مختلفة من الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي وسمحت بتحديد نقص في المعايير القانونية والأخلاقية والاقتصادية وتغطية الرعاية وغياب البيانات التجريبية للمعايير المقترحة في بلدان مختلفة بالإضافة إلى نقص كبير في المراقبة على مستوى المؤشرات الهيكلية والنتائج (Uchtenhagen & Schaub, 2011).

وخلصت دراسة EQUUS هذه إلى الحاجة إلى مواصلة الجهود لتطوير معايير دولية، بهدف زيادة كفاءات البلدان النامية المتمتعة بأعلى المعايير وبهدف تسليط الضوء على الاحتياجات غير المشمولة في سياقات وطنية معينة. كما أشارت دراسة EQUUS إلى أهمية المعايير في نقل المعرفة وتطوير مناهج التكوين للممارسين الجدد في هذا المجال.

من هذا المنطلق، يبذل الاتحاد الأوروبي جهوداً جديدة (الاتحاد الأوروبي، 2015). في الوقت نفسه، قامت منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة بوضع استشارة عامة لتقرير يقترح معايير دولية للعلاج (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية، 2016)، تكرر الخطوط العريضة فيما يخص العلاج بالناهضات الأفيونية الواردة في المبادئ التوجيهية الدولية لمنظمة الصحة العالمية التي نُشرت في عام 2009. وأخيراً، قامت العديد من البلدان بتطوير أنظمة ضمان الجودة الخاصة بمجال الإدمان، مثل معيار (QuaThéDA („Qualité, Thérapie, Drogue, Alcool) (المكتب الاتحادي للصحة العامة، 2012).

أهمية تدريب المهنيين ,,المعنيين بشكل محدود"

تعتمد كفاءة وفعالية الخدمات على توافر الموظفين المؤهلين. ويعتمد ذلك بدوره على المعرفة والمهارات الأساسية المتينة، بالإضافة إلى الدراية ومعرفة التصرف المكتسبة من خلال المرافقة الميدانية للزملاء، والتي تحسن نوعية العلاقة بين مقدم الرعاية ومنتقليها. فيما يتعلق بالاضطرابات المرتبطة بالسلوك الإدماني، نضيف القدرة على معالجة التناقض من دون أحكام اعتبارية وتعزيز الشعور بالكفاءة الذاتية وتبني خيارات مختلفة للمساعدة المهنية والدعم الذاتي (Miller & Rose, 2013 ; Feldstein, Apodoca, Gaume, 2016 ; Daepfen, 2016).

إن دائرة الأشخاص المصابين بمتلازمة الاعتماد واسعة جداً. غالباً ما يتواصل معظم الأشخاص الذين يعانون من متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية أولاً مع المهنيين: الخدمات الاجتماعية والخدمات الطبية الطارئة وأطباء الرعاية الأولية، بالإضافة إلى المهنيين المعنيين بشكل محدود مثل المسعفين والموظفين الفنيين وموظفي الإدارة القضائية أو المدنية وموظفي الأمن.

تم تحديد فجوة معرفية عامة في أوروبا بين كافة هؤلاء المهنيين. ونادراً ما يتم دمج موضوع الاعتماد في التكوين الأساسي والتعليم المستمر لهذه القطاعات المختلفة (مجموعة بومبيدو، 2014).

في معظم الحالات يكون التنسيق بين عروض التدريب في القطاعات المختلفة ضئيل أو منعدم، وعندما يتم التنسيق غالباً ما تحققه المنظمات غير الحكومية (Uchtenhagen, Stamm, Huber & Vuille, 2008). يتم وصف أوجه قصور مماثلة في الولايات المتحدة (انظر المراجع doc Pompidou ص 11 أو أحدث).

في عام 2011، أنشأت مجموعة بومبيدو فريق عمل على أساس دعوة من الشبكة المتوسطة للتعاون في مجال المخدرات والإدمان (MedNET)، مع تفويض لوضع إطار مرجعي لهدف التعليم والتكوين في السياسات والممارسات المتصلة بمجال الإدمان. تم تقديم إحدى عشرة توصية:

- ينبغي على المنظمات الدولية مثل مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية والاتحاد الأوروبي أن تضيف على ولايتها هدف التكوين والتعليم بشأن اضطرابات تعاطي المواد.

- ينبغي دمج التعليم والتكوين في مجال الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد في السياسات الوطنية المتعلقة بالمخدرات.

- ينبغي أن يكون التعليم والتكوين في مجال الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات جزءاً من نظام تعليمي وأن يتم دمجها في خطط العمل الوطنية التي تورطها خدمات التعليم أو الصحة أو البحوث.

- ينبغي تقييم التعليم والتكوين في مجال الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد.
- ينبغي أن يستند التعليم والتكوين في مجال الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد تعاطي المواد كافيًا وموارد بشرية ماهرة.
- يتطلب التعليم والتكوين في مجال الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد تعاطي المواد وفقاً لاحتياجات الجمهور المستهدف.
- ينبغي تصميم التعليم والتكوين في مجال الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد في الحساب تعقيد ظاهرة المخدرات وأن يوفر نهج متعدد التخصصات.
- ينبغي أن يستند التعليم والتكوين إلى المعرفة التي تم التأكد من صحتها وبالتالي يجب أن تتبع المناهج الدراسية تطور المعرفة.
- يجب أن يتلاءم التعليم والتكوين في مجال الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد مع الأولويات الوطنية.

ضرورة تدريب الأطباء والصيادلة

يحدد استعراض دراسات آيو وشيليككنز (3) نقص التكوين في طب الإدمان في مرحلة ما قبل التخرج، حيث ينخفض تمثيل مجال الإدمان بشكل عام مقارنة بالأمراض المزمنة الأخرى مثل مرض السكري. أما على مستوى ما بعد التخرج، إن تدريب هذا المجال منخفض أو معدوم في تخصصات أخرى من الطب النفسي. أشار أوبراين وكولين (14) إلى أنه على الرغم من الزيادة في انتشار اضطرابات تعاطي المواد، فإن عدد الساعات المخصصة لتدريب طب الإدمان لم يرتفع في أيرلندا. بالإضافة إلى زيادة القدرة على اكتشاف الاضطرابات المرتبطة بتعاطي المواد، يزيد التكوين من وعي الطلاب حول عبء الإدمان ويرفع من مهارات التواصل مع المستهلكين. ومن هنا، يشير Kothari et al. (2011) إلى بناء المعرفة والمهارات المكتسبة خلال تدريب قصير الأجل. ولاحظ (Ayu, Schellekens, Iskandar, Pinxten, and De Jong (2015) أن فوائد التكوين الأساسي في طب الإدمان تنتشر على جميع مستويات التعليم.

إن الأساس المنطقي وراء تدريب طب الإدمان هو أنه نظراً لارتفاع معدل انتشار اضطرابات تعاطي المواد والعديد من الأمراض المشتركة النفسية المرتبطة باستخدامها، ينبغي أن يتمتع كل طبيب بالمهارات الأساسية لتحديد أو توجيه أو علاج المستهلكين (Ayu et al., 2015). ويجب أن يشمل التكوين الأساسي للصيادلة أيضاً التكوين في مجال علم الإدمان، حيث أنهم أكثر من يروا الأشخاص الذين يتم علاجهم وأول من يتم الرجوع إليهم في حال طرأت أي مشكلة (Arnaud, Dubois-Arber, & Gervasoni, 2011).

يؤدي نقص التكوين إلى ظاهرة معروفة وهي "قلة التشخيص". غالباً ما يتعذر على الأطباء والصيادلة تحديد المتعاطين بشكل صحيح ما يحول دون علاجهم أو عدم تلقيهم الرعاية المناسبة.

بصرف النظر عن قضية التعليم الجامعي، أظهرت عدة دراسات أن النظرة السلبية لمتعاطي المواد من قبل الأطباء والصيادلة - بسبب العلاقة بين التعاطي والنشاط الإجرامي مثلاً - يؤدي إلى التردد في رعاية هؤلاء الأشخاص بشكل صحيح (Goodair & Crome, 2014; Muscat, O'Brien and Cullen (2018)، سيشارك الطلاب أيضاً في فعالية العلاجات والتدخلات المتعلقة بمتلازمة الاعتماد. يسلط تحليل الأدبيات العلمية الضوء على الصلة بين هذه الوصمة وهذا التشكيك ونقص المؤهلات في هذا المجال.

هيكل ومحتوى التعليم الطبي للسلوك الإدماني

يتسم تدريب الطب السلوكي الإدماني بتفرعه وعدم تجانس محتواه وعدم التنسيق بين الفروع المختلفة المعنية (Ayu et al., (2015); Ritter, Broers (2014). بالإضافة إلى ذلك، غالباً ما يتم التعامل مع المجال حسب كل مادة وليس من زاوية النهج الشامل لكافة السلوكيات الإدمانية (Ritter & Bischoff, 2014; 2016). علاوةً على ذلك، يعيق النقص في مرافق الرعاية لهذه الفئة من الاضطرابات، وهي شرط أساسي للتدريب المناسب، قدرة الطلاب على ممارسة المهنة (O'Connor, Nyquist & McLellan, 2011; Rasyidi et al., 2012). وأخيراً، يشير العديد من المؤلفين ومنهم (Ayu et al. (2015)، أنه بعد تطوير المناهج الدراسية، تبرز الصعوبات مثل تنفيذ برنامج مثلاً بسبب ضيق الوقت في جدول الطلاب.

هناك إجماع حول المهارات الأساسية في مجال السلوك الإدماني التي يجب أن يكتسبها كل طبيب. إن هذه المهارات الأساسية هي تحديد المرضى والتدخل القصير (مثلاً في مقابلة) ومعرفة العلاجات المرجعية.

(SBIRT). يكمل (Ritter and Bischoff 2014) هذه القائمة بالأهداف المهنية مثل القدرة على إجراء التشخيص، والقدرة على إدارة ومتابعة العلاج، وكذلك معرفة الأمراض المشتركة النفسية والجسدية المتعلقة باستخدام المواد؛ بالإضافة إلى هذه الأهداف المهنية، هناك هدف شخصي يتعلق بتحديد تعاطي المواد من قبل الطبيب المستقبلي وهدف مجتمعي يتعلق بالوقاية من أي وصم للمتعاطي. يشكل الطابع متعدد التخصصات جانباً أساسياً من التدريس.

فيما يتعلق بالتكوين، وفقاً للجمعية الأمريكية لصيادلة النظام الصحي (American Society of Health System Pharmacists)، يجب أن يتضمن التكوين الأساسي معرفة محددة وكاملة عن الاستخدام الآمن والفعال للأدوية وتأثيراتها السلبية في حال استخدامها بشكل غير صحيح. يجب أن يوفر التدريس المهارات التي تمكن الصيادلة من الحكم على مدى ملاءمة العلاج الدوائي وتقديم المشورة ومراقبة نتائج الدواء مع تأدية دور الوقاية والتعليم والمساعدة.

يشير (Ayu et al. 2015) إلى أن مجال السلوك الإدماني يجب أن يكون له نفس المستوى من الأولوية مثل الأمراض المزمنة الأخرى في المناهج الدراسية. وعلى المدرسين أيضاً تحسين مهاراتهم في المجال لتأمين تعليم جيد يستند إلى أحدث المعارف العلمية. ولتعزيز الاهتمام الطلابي وعرض فرص العمل عليهم، ينبغي إنشاء برامج شهادات متخصصة. كما يجب إيلاء اهتمام خاص للرقابة الأولية، لأنها عادة ما تكون نقطة الاتصال الأولى بين مقدم الرعاية ومتلقيها. بالنسبة لـ (Ayu et al. 2015)، من بين المسائل التي لم يتم حلها تزداد كيفية تكيف برنامج دراسة طب سلوكيات الإدمان مع بيانات مختلفة مع الأخذ بعين الاعتبار السياق المحلي واحتياجات التكوين للمجموعات الفرعية المختلفة من المهنيين المعنيين بدرجات مختلفة.

1.7.2 استخدام المواد الأفيونية الموصوفة بشكل غير طبي وتسريبها

التعريف والتوزيع

يتضمن الاستخدام غير الطبي من قبل الأشخاص المعالجين بالأدوية الأفيونية التي تم وصفها لعلاجهم ممارسات تلبى احتياجات مختلفة للغاية: العلاج الذاتي (ذات الصلة وغير ذات الصلة، للاستجابة لمختلف المشاكل الصحية الجسدية أو العاطفية أو العقلية) أو الاستخدام الترفيهي في بعض الأحيان. بالتالي، تميز الدراسات بين "الاستخدام غير الطبي"، الذي ينطوي على انحرافات عن الجرعات وممارسات الإعطاء "الطبية"، و"التسريب" (di-version باللغة الإنجليزية) المتعلق بإعادة البيع غير القانوني في سياق السوق السوداء. يتواجد التسريب والاستخدام غير الطبي في جميع الأنظمة الصحية وكافة وصفات الأدوية، لكن تمثل هذه الظاهرة في سياق العلاج بالناهضات الأفيونية إشكالية فريدة لأنها تتخرب في سياق تقييد الوصول إلى العلاج الذي يزيد من قيمة هذه الأدوية في السوق السوداء (Becker, Murphy & Grossman, 2004; Johnson & Richert, 2015b; Wakeman & Rich, 2017).

يصعب تقدير نطاق التسريب والاستخدام غير الطبي، وتوافق الدراسات على وجود نقص في بيانات الرصد الموثوق بها المتعلقة بهاتين الظاهرتين. حاولت بعض الدراسات تحديد معدلات معينة لانتشار الاستخدام غير الطبي (من 18 إلى 81% من الأشخاص المعالجين) بالإضافة إلى معدل التسريب (أقل من 10% من الأشخاص المعالجين) (Alho, 2015; Johnson & Richert, 2015a; Launonen, Alho, Kotovirta, 2015; Wallace & Simojoki, 2015). لكن في غياب المراقبة المنظمة والمستندة إلى إطار منطقي واضح، يصعب تفسير النتائج طالما تعتمد على السياق التنظيمي الوطني (Alho, 2015).

استراتيجيات الحد من التسريب والاستعمال غير الطبي

إذا لم يمكن تجنب الاستخدام غير الطبي والتسريب بالكامل، يمكن لعدد من التدابير أن تحد من نطاقهما.

توافر موظفين مدربين يضمنون الوصفات بجرعة مناسبة

وفقاً للدراسات، قد تكون حوالي 70% من الاستخدامات غير الطبية موجهة للتطبيق الذاتي (Alho, 2015). يشير هذا الرقم أولاً إلى أنه من الضروري ضمان الوصول إلى العلاج بالناهضات الأفيونية للأشخاص الذين يحتاجون إليها. وتشجع الأحكام التي تقيد الوصول إلى العلاجات، لجوء أولئك الذين يحتاجون إليها إلى المخدرات المسربة والأسواق غير القانونية. أظهرت العديد من الدراسات أن عدم القدرة

على الوصول إلى العلاجات بالناهضات الأفيونية تساهم في التسريب إلى حد كبير (Alho, 2015). لذا يزيل الحصول على رعاية نوعية بالجرعة المناسبة من قبل مهنيين مدربين جيداً أحد أسباب الاستخدام غير الطبي أو التسريب (Alho, 2015).

الدعم المالي للعلاج

كما ورد في الفصل 1.6، تشمل إمكانية الوصول أيضاً الجانب المالي للعلاج. ليتخلى شخص يعاني من متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية عن المخاطر والعوائق المرتبطة بالتطبيق الذاتي والتوقف عن اللجوء إلى السوق السوداء، يجب أن تكون تكلفة العلاج في متناولته. تشير الدراسات إلى أنه فيما يتعلق بالمواد الخاضعة للرقابة، كلما كانت القيود أكثر صرامة، خاصةً المالية، كلما ازداد ازدهار السوق السوداء. وتدل الأبحاث الاقتصادية إلى أن الطابع غير المرن للطلب على الأدوية الأفيونية يعني أن نمو السوق السوداء يتناسب تقريباً مع القيود المفروضة على الوصول، "القانوني" (Becker et al., 2004; Crane & Rivolo, 1997; Miron, 2003).

نظام الوصفة الطبية الذي يمنع الازدواجية

تبين الدراسات أن بعض تسريب الأدوية الأفيونية يتم من خلال "التسوق لدى الطبيب" (doctor shopping)، أي عندما يزور شخص عدة أطباء في وقت واحد للحصول على وصفات طبية مزدوجة أو متعددة (Reimer et al., 2016). لذا من خلال إنشاء كتاب الوصفات الطبية لكل واصل، يمكن محاربة هذه الظاهرة، إذ يقدم هذا الكتاب قائمة مشتركة وبالأسماء لوصفات الأدوية الأفيونية الممنوحة.

تناول الدواء تحت إشراف مقدمي الرعاية

يمكن دعم مكافحة التسريب من خلال نظام مراقبة تناول الدواء بما في ذلك بالوتيرة الأدنى للعلاج تحت الإشراف: لكن يجب الأخذ بعين الاعتبار أن كثرة المراقبة تؤدي إلى نتائج عكسية. تثني هذه المراقبة الأشخاص الذين يحتاجون إلى العلاج من طلبه ويشطون الخاضعين للعلاج عن الاستمرار فيه. كما يؤثر سلباً على نوعية العلاقة بين مقدم الرعاية وملتقيها. وأخيراً، نادراً ما تكون هذه المراقبة فعالة جداً (Mjåland, 2015). لذا فإنه من الضروري إيجاد التوازن الصحيح بحيث لا تخلق تدابير مكافحة التسريب عوائق أمام الوصول إلى الرعاية التي تعزز بدورها خطر التسريب.

ضمان احترام السرية الطبية

يمكن دعم مكافحة التسريب من خلال نظام مراقبة تناول الدواء بما في ذلك بالوتيرة الأدنى للعلاج تحت الإشراف: لكن يجب الأخذ بعين الاعتبار أن كثرة المراقبة تؤدي إلى نتائج عكسية. تثني هذه المراقبة الأشخاص الذين يحتاجون إلى العلاج من طلبه ويشطون الخاضعين للعلاج عن الاستمرار فيه. كما يؤثر سلباً على نوعية العلاقة بين مقدم الرعاية وملتقيها. وأخيراً، نادراً ما تكون هذه المراقبة فعالة جداً (Mjåland, 2015). لذا فإنه من الضروري إيجاد التوازن الصحيح بحيث لا تخلق تدابير مكافحة التسريب عوائق أمام الوصول إلى الرعاية التي تعزز بدورها خطر التسريب.

ملخص القضايا المتعلقة بالاستخدام غير الطبي والتسريب

باختصار، إذا كان هناك ضرر فعلي مرتبط بالاستخدام غير الطبي والتسريب ويجب بذل الجهود للحد من هذه الظاهرة، لذا يتطلب الأمر تحقيق التوازن بين المخاطر المتضاربة للمبادئ الظاهرة الحسنة والمضرة. وعلى الرغم من النقص في البيانات الملموسة التي يمكن استخدامها، يمكن اعتبار النظام الصحي الذي ينطوي على معدلات منخفضة من التسريب والاستعمال غير الطبي بمثابة حالة توازن وحالة أقل ضرراً من السياق التقييدي الذي يغذي السوق السوداء والمخاطر المرتبطة به (الوصمة، والجريمة، وتدهور نوعية المواد ما يجعلها أكثر ضرراً) ولذلك فإن الاستخدام غير الطبي والتحويل يتعلقان في المقام الأول بنهج الصحة العامة القائم على الحد من أعباء المشاكل بشكل أمثل. في هذا الصدد، يجب أن يشكّلان جزءاً من نظام الرصد، وسيتم مناقشة ذلك في الفصل 5.1.5.1.

1.7.3 سجلات الأشخاص في العلاج وحماية البيانات

تتمثل إحدى النتائج الرئيسية لنظام إصدار الأذونات المسبقة المتبعة عادةً في إنشاء السجلات، مع وجود قضايا حماية البيانات والنتائج التي قد تؤدي إليها الفجوات المحتملة (حقيقية أو متخيلة) المتعلقة بالوصول إلى الرعاية. بالإضافة إلى السرية، فإن وجود هذه السجلات يثير أيضاً مسألة غرضها الواضح وتناسبها فيما يتعلق بالوسائل البديلة لتحقيق الغايات المرجوة (انظر أيضاً الفصل 4,1).

ووفقاً لتحليل البيانات المقدمة من قبل مراكز التنسيق الوطنية لـ Reitox إلى المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان، فإن أغلبية الدول الأعضاء والنرويج (22 بلداً) لديها سجل واحد فقط لتسجيل المرضى الخاضعين للعلاجات بالناهضات الأفيونية (انظر المرفق X). تتمتع 6 دول بسجلين حيث يتم تسجيل بيانات المرضى الخاضعين للعلاجات بالناهضات الأفيونية، في حين أن هولندا لديها 3 سجلات حيث يتم تسجيل بيانات المرضى الخاضعين للعلاجات بالناهضات الأفيونية. غالباً ما تتواجد هذه السجلات في الإدارات أو المعاهد الصحية الوطنية أو في وكالات الأدوية الوطنية. ومن المثير للاهتمام أنه في 11 بلداً، يتم تسجيل البيانات حول العلاجات بالناهضات الأفيونية كجزء من السجل الوطني العام للمعالجة الدوائية حيث يتم على سبيل المثال تسجيل البيانات الخاصة بمعالجة جميع المرضى. يمكن اعتبار أن قاعدة البيانات الشاملة في هذه البلدان تراقب الخاضعين للعلاج بالعقاقير، بما في ذلك المرضى الذين يتلقون العلاجات بالناهضات الأفيونية. في أربعة بلدان، هناك تدفق معين في البيانات بين سجل العلاجات بالناهضات الأفيونية وغيره من قواعد بيانات مراقبة العقاقير بفضل وجود رموز تعريف فريدة للعملاء تسمح بدمج قواعد البيانات. في 7 بلدان، ما من قاعدة بيانات ممكنة بسبب عدم وجود رموز تعريف فريدة.

2. منهجية وضع التوصيات

(هذا الجزء متوفر باللغتين الفرنسية والإنجليزية على موقع مجموعة بوميبدو)

3. المبادئ التوجيهية لأنظمة العلاج بالناهضات الأفيونية

الجزء 1: التعاريف وأهداف المبادئ التوجيهية

القسم 1: التعاريف

يتم تعريف المصطلحات، المشار إليها فيما بعد في المبادئ التوجيهية، على النحو التالي¹²:

- I. **تكافؤ الرعاية:** مبدأ يقضي بأن الأشخاص المحتجزين أو الخاضعين لقيود أخرى على حريتهم يجب أن يكونوا قادرين على الحصول على رعاية صحية مساوية للرعاية المتاحة للسكان المدنيين بشكل عام.
- II. **التكوين الأساسي للأطباء والصيدالته:** التعليم الجامعي بما في ذلك جميع المناهج المطلوبة للتأهيل المهني العام.
- III. **المؤشر:** البيانات النوعية أو الكمية التي تقدم معلومات عن ظروف أو أداء برنامج أو سياسة عامة.
- IV. **الدواء (الأدوية):** أي مادة أو تركيبة يمكن أن تُعطى لشخص ما لتحقيق تشخيص طبي أو استعادة وظائفه الفيزيولوجية أو تصحيحها أو تعديلها.
- V. **دواء ناهض مُستخدم في علاج متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية:** دواء مع ترخيص للتسويق، يحتوي على مادة نشطة أفيونية، يكمن تأثيره الأساسي لدى الفرد الذي تم تشخيصه كعتمد على المواد الأفيونية، في وقف أو تقليل استهلاك المواد الأفيونية، وتقليل مخاطر الجرعة الزائدة وضبط حالته الفيزيولوجية والنفسية. إن الأدوية الناهضة الأفيونية الرئيسية هي الميثادون والبوبرينورفين والمورفين وثنائي أسيتيل المورفين. يندرج استخدامهم عموماً في علاجات متعددة الوسائط، بما في ذلك الرعاية النفسية-الاجتماعية والجسدية. بالإضافة إلى آثارها الأولية، تبين أن توافر هذه الأدوية له آثار على الصحة العامة والسلامة العامة.
- VI. **الدواء الأساسي / الأدوية الأساسية:** دواء مدرج على قائمة تضعها وكالة حكومية أو حكومية دولية تحدد الحد الأدنى من الاحتياجات الطبية لنظام الرعاية الصحية الأساسية، مع إدراج الأدوية الأكثر فعالية والأكثر أماناً والتي تتمتع بأفضل قيمة مقابل المال للظروف الصحية ذات الأولوية. فيما يتعلق بالأدوية الناهضة الأفيونية، يرد الميثادون والبوبرينورفين على قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية.
- VII. **الدواء الخاضع للمراقبة:** الدواء الذي يحتوي على مواد خاضعة للمراقبة حسب الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961، المعدلة بموجب بروتوكول 1972؛ واتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971؛ واتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988. إن الدواءين الخاضعين للمراقبة الأكثر شيوعاً بين الأدوية الناهضة الأفيونية هما الميثادون والبوبرينورفين.
- VIII. **المادة / المواد الأفيونية:** مادة ذات نشاط دوائي مشابه للمورفين.
- IX. **تخفيض / وقف الاستهلاك:** يشير إلى هدف علاجي يهدف إلى خفض الاستهلاك إلى مستوى أقل من المعايير المطلوبة لتشخيص متلازمة الاعتماد أو الاستخدام الضار بالصحة (حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية للأمراض)، دون ضرورة إلغاء الاستهلاك.
- X. **متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية:** مجموعة من الظواهر الفيزيولوجية والمعرفية والسلوكية حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية للأمراض. تعرّف الطبعة العاشرة للتصنيف (ICD-10) متلازمة الاعتماد على أنها تجمع ثلاث من العوارض التالية على الأقل التي تظهر سوبياً لمدة شهر واحد على الأقل، أو عندما تستمر لمدة أقل من شهر وتحدث سوبياً بشكل متكرر على مدى فترة 12 شهر: (1) رغبة قوية أو قهرية بتناول المادة، (2) ضعف القدرة على السيطرة على سلوك تناول المادة، (3) حالة انسحاب فيزيولوجي، (4) وجود أدلة على تحمل تأثيرات المادة، (5) التخلي عن ملذات واهتمامات بديلة مهمة أو الإقلال منها بسبب استعمال المادة، (6) الاستمرار في استعمال المادة رغم وجود أدلة واضحة على حدوث عواقب ضارة.

القسم 2: الأهداف والمبادئ التوجيهية

2.1. الغرض من هذه المبادئ التوجيهية هو:

- I. تعزيز الحق الأساسي في الحصول على الرعاية للأفراد المشخصين بمتلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية؛
- II. القضاء على الحواجز والحد منها، خاصةً الحواجز التنظيمية التي تحول دون الوصول إلى الرعاية والأدوية الناهضة الأفيونية؛
- III. إتاحة استخدام الأدوية الناهضة الأفيونية استناداً إلى أفضل الأدلة العلمية والطبية¹³؛

¹² يرد مسرد في الملحق 1، مع ملاحظات توضيحية حول الخيارات المتعلقة بالمصطلحات المستخدمة وتلك التي يجب تجنبها.

¹³ للحصول على معلومات إضافية، ننتقل الرجوع إلى إرشادات منظمة الصحة العالمية (2009): http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf.

١٧. تحديد دور المهنيين المشاركين في علاج متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية (خاصةً الأطباء والصيدالغ)؛

١٧. دعم وتشجيع البلدان التي تقدم الأدوية الناهضة الأفيونية على وضع إطار تشريعي وإداري يأخذ بعين الاعتبار المبادئ التوجيهية التالية والموارد المتاحة للتحسين المستمر (انظر القسم 14)؛

١٧. رصد وتكييف الأنظمة المتعلقة بالأدوية الناهضة الأفيونية خاصةً من خلال المؤشرات الهيكلية والعمليات والنتائج (انظر القسم 17).

القسم 3: الأهداف الأولية والثانوية للأدوية الناهضة المستخدمة في مجال متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية

3.1. تتركز أهداف استخدام الأدوية الناهضة الأفيونية في المقام الأول على الشخص (الأهداف الأولية)، وهي:

١. تحسين الحالة السريرية للأفراد المشخصين بمتلازمة الاعتماد الأفيوني:

- تقليل أعراض المرض المحدد؛
- تقليل المخاطر المرتبطة بالتسمم الحاد ومخاطر الوفاة بسبب الجرعات الزائدة .
- تنظيم الحالة العاطفية والعلاقات بين الأشخاص؛
- الحفاظ على الاندماج الاجتماعي ودعمه (خاصة على مستوى الأسرة والمستويين الاجتماعي والمهني).

٢. الحد من حدوث الأمراض المشتركة الجسدية (خاصة فيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد الوبائي سي) والنفسية (خاصة الاضطرابات الاكتئابية والانتحارية) المرتبطة بمتلازمة الاعتماد الأفيوني.

3.2. إن العلاج الذي يحقق الأهداف المحددة أعلاه له تأثير إيجابي على المجتمع (الأهداف الثانوية)، سواء من حيث الصحة أو السلامة العامة.

١. الصحة العامة: الحد من الوفيات والإصابة بالأمراض والأمراض المشتركة النفسية والجسدية، والحد من انتشار الأمراض المعدية المتعلقة بالحقن المستعملة لتعاطي المخدرات (بين المعتمدين وبين السكان بشكل عام) والحد من الوفاة بسبب هذه الأمراض.

٢. السلامة العامة: الحد من الاتجار غير المشروع بالمواد الخاضعة للمراقبة والجرائم المرتبطة بها؛ تحسين مفهوم السلامة الموضوعية والذاتية في الأماكن العامة والاجتماعية.

٣. بشكل مشترك:

- تخفيض التكاليف الصحية من خلال الرعاية المبكرة والرصد المنتظم؛
- خفض التكاليف الاجتماعية عن طريق الحفاظ على الاندماج الملائم للأشخاص الذين يعانون من متلازمة الاعتماد في الإطارين المهني والاجتماعي وعبر تخفيض العبء على الجهاز القضائي والسجون؛
- خفض التكاليف غير المباشرة المتعلقة بالتأثير السلبي على محيط الأشخاص المصابين بمتلازمة الاعتماد (المحيط المهني والتعليمي والأسري خاصة فيما يتعلق بتربية أطفال الأفراد الذين يتلقون العلاج).

الجزء 2: حق الوصول إلى الأدوية الناهضة الأفيونية والرعاية المرتبطة بذلك

القسم 4: الحق الأساسي في الحصول على الرعاية¹⁵

4.1 يجب أن يتمتع كل فرد لديه تشخيص محتمل لمتلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية بإمكانية الوصول إلى:

١. أخصائي صحي قادر على تشخيص الاعتماد على المواد الأفيونية، حسب التصنيف الطبي، ثم تشخيص وظيفي ومتعدد الأبعاد يهدف إلى تقييم الاحتياجات (الطبية والاجتماعية) للفرد ومحيطه (انظر القسمين 10 و 11 حول تدريب المهنيين في مجال الصحة)؛

٢. الرعاية الطبية والأدوية، بما في ذلك الأدوية الناهضة الأفيونية، المناسبة لحالته الصحية والتي تتوافق مع أحدث المعارف العلمية (انظر القسم 13 حول التنظيم الدوائي)؛

٣. النصائح الطبية والنفسية والاجتماعية التي تتكيف مع وضعه.

¹⁴ تشمل هذه المخاطر تلك المتعلقة بالوجود العشوائي للمواد المضافة في المنتجات التي يتم شراؤها واستهلاكها خارج الإطار الطبي.

¹⁵ يشير الحق في الرعاية إلى الأبعاد الأربعة المحددة في التطبيق العام رقم 14 للجنة المعنية بالحقوقي الاقتصادية والاجتماعية والثقافية: التوافر وإمكانية الوصول إلى الرعاية ومقبوليتها وجودتها (AAAQ: Availability, Accessibility, Acceptability, Quality)؛ انظر أيضاً الملحق 4.

القسم 5: الوصول غير التمييزي

5.1 يجب أن يكون الوصول إلى الأدوية الناهضة الأفيونية والرعاية المرتبطة بها غير تمييزي. يُعرّف التمييز على أنه تفرقة تتم بسبب السن والجنس والتوجه الجنسي والنوع والعرق وحالة الهجرة والتأمين والحالة الصحية (مثل الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والنساء الحوامل أو المرضعات)، وطبيعة المواد المستهلكة، أو وضع الاحتجاز المحتمل (الأشخاص الذين ينتظرون المحاكمة أو الأشخاص الذين يقضون عقوبة أو في حالة الاعتقال الإداري). ويجب تحقيق عدم التمييز في كل من القوانين / الأنظمة (بحكم القانون) وفي الواقع / الممارسة (بحكم الواقع)، وبالتالي، عند الضرورة، اتخاذ تدابير خاصة، لا سيما فيما يتعلق بوصول النساء والأقليات الجنسية أو الجنسانية.

5.2 يجب أن يستفيد القاصرون الذين هم بصدد العلاج (وفقاً للتشريع المدني للبلد المعني)، والقادرون على التمييز، من الوصول إلى الرعاية واحترام السرية الطبية، تماماً مثل الشخص البالغ في العلاج القادر على التمييز (انظر القسم 6.3 وانظر القسم 7.2 للسرية الطبية).

5.3 يجب أن يكون الأشخاص المحتجزون أو الخاضعون لتقييد الحرية قادرين على بدء و / أو مواصلة العلاج القائم في إطار نظام الرعاية المعتمد في مكان الحرمان من الحرية، عندما يرغبون بذلك، ووفقاً لمبدأ تكافؤ الرعاية. ينطبق هذا المبدأ أيضاً على طرق إعطاء الأدوية ووسائل الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً أو الأمراض المنقولة بالدم ومعالجتها.

5.4 لا يمكن إزالة هذا الوصول بسبب السلوك غير اللائق للشخص المعالج، خاصة في حالة:

- العنف أو التهديد الموجه لأطراف ثالثة؛
- الاتجار في المواد (المشروعة أو غير المشروعة)؛
- الاستخدام غير الطبي للمواد الموصوفة لأغراض شخصية؛
- الاستخدام المتزامن للمواد الأخرى (المشروعة أو غير المشروعة).

إن العقوبات المنصوص عليها في حال انتهاك قواعد مكان الرعاية هي ضرورية للغاية ويجب أن تكون متناسبة؛ لكن لا ينبغي أن تؤثر هذه العقوبات في أي ظرف من الظروف على استمرار العلاج أو جودة تنفيذه. في حال لم يعد من الممكن متابعة العلاج في ظروف تضمن سلامة مكان الرعاية ولا سيما العاملين فيه، يجب أن يكون من الممكن إحالة الشخص المعالج إلى مكان آخر للرعاية. عندما لا يتوفر أي مكان آخر للرعاية ولا يمكن تحديد أي بدائل أخرى، ينبغي النظر في نقل المريض إلى مستشفى أو مرفق سكني - مع مواصلة الأدوية الناهضة الأفيونية - (انظر القسم 8).

5.5 ففي حال قام الشخص المعالج بإعادة بيع أو تسليم الأدوية الناهضة الأفيونية الموصوفة له إلى طرف ثالث، يُعتبر ذلك جريمة جنائية؛ لكن يجب أن تظل العقوبة المفروضة متناسبة مع مراعاة الظروف (المخففة أو المشددة) الخاصة للحالة، وبشكل أوسع، مبدأ جدوى الملاحقات. ولا ينبغي أن يكون ارتكاب مثل هذه الجريمة سبباً لوقف المعالجة أو تعليقها، ولكن قد يؤدي إلى تعديل مؤقت لشروط إعطاء الدواء (مثل أخذ الأدوية الناهضة الأفيونية تحت المراقبة البصرية لأحد المهنيين، بما في ذلك خلال عطلة نهاية الأسبوع عن طريق صيدلية ما أو مرفق طبي في المزاولة).

القسم 6: الموافقة الحرة والمستنيرة

6.1 ليكون الشخص المعالج قادراً على ممارسة حريته باتخاذ قرارات تتعلق بالرعاية (الأدوية الناهضة الأفيونية والرعاية المتعلقة بها)، يجب أن يتمتع بمعلومات دقيقة ومفهومة وشفوية وكتابية، باللغة التي يتكلمها بطلاقة (مثلاً إعطاء الشخص نشرة تفسيرية مترجمة إلى هذه اللغة).

6.2 لا يمكن فرض الأدوية الناهضة الأفيونية والرعاية ذات الصلة ضد إرادة الشخص المعالج، بما في ذلك ضد إرادة الشخص المحتجز أو الخاضع لقيود أخرى على حريته.

6.3 يجب أن يتمكن القاصرون القادرون على التمييز من إعطاء موافقتهم الحرة والمستنيرة على العلاج بما في ذلك الأدوية الناهضة الأفيونية، من دون موافقة الممثلين القانونيين، وفقاً للقواعد المطبقة على أي علاج طبي طويل الأمد يتم تقديمه إلى قاصر¹⁷.

القسم 7: عدم التمييز المرتبط بالعلاج

7.1 لا يجب أن يؤدي استخدام الأدوية الناهضة الأفيونية بحد ذاته إلى عقوبات قضائية أو إدارية أو إلى نتائج سلبية على الصعيد المدني. لا يمكن أن تشكل متابعة العلاج في أي حال من الأحوال جريمة أو دليل على ارتكاب جريمة.

¹⁶ يمكن على وجه الخصوص الرجوع إلى المبادئ التوجيهية العامة بشأن العنف في مكان العمل في قطاع الصحة (مكتب العمل الدولي والمجلس الدولي للممرضات ومنظمة الصحة العالمية والهيئة الدولية للخدمات العامة، جنيف، 2002).

¹⁷ لا يشكل هذا المبدأ في أهمية تنظيم الرعاية بطريقة تدعم مشاركة الأقارب في عملية الرعاية بأكبر طريقة ممكنة، وتؤكد نتائج الأبحاث السريرية على أهمية ذلك.

7.2. يجب الحفاظ على السرية الطبية المهنية. ويجب أن يستند عدم التقيّد بالسرية الطبية إلى موافقة الشخص المعالج، مع مراعاة حالات رفع السرية في الحالات الاستثنائية المنصوص عليها في القانون. ولا يمكن أن يشكل أخذ الأدوية الناهضة الأفيونية حالة استثنائية. ينطبق هذا المبدأ أيضاً على القصار في العلاج القادرين على التمييز.

القسم 8: تنظيم واستمرارية الرعاية التي تتضمن أدوية ناهضة أفيونية

8.1. يجب تنظيم الوصول إلى الأدوية الناهضة الأفيونية (انظر القسم 5) والرعاية ذات الصلة على فترة معينة، من دون انقطاع (بما في ذلك في حالة الاستشفاء، والحرمان من الحرية أو النزوح الجغرافي) وفي سياق الرعاية المتكاملة.

8.2. يجب أن يكون هذا الوصول قابلاً للتنفيذ دون تأخير، عند وضع / تأكيد الاستطباب من قبل الطبيب وموافقة متلقي العلاج.

8.3. لا يمكن رفض هذا الوصول إلى العلاج واستمراره للأسباب التالية:

- غياب موافقة مسبقة من قبل أخصائي طبي-نفسى-اجتماعي آخر؛
- غياب موافقة سلطة قضائية أو إدارية مطلوبة قبل بدء العلاج أو بعد بدء العلاج.

من ناحية أخرى، قد يكون إعداد تصريح من قبل أخصائي الصحة إلى السلطة الصحية لتجنب ازواجية وصفات الدواء ضرورياً، ويجب أن يكون من الممكن إعداد هذا التصريح بعد تنفيذ العلاج (انظر القسم 14).

الجزء 3: دور المهنيين الصحيين

القسم 9: الاستطباب، الوصفة، التقديم، التنسيق

9.1. تقع مسؤولية وصف الأدوية الناهضة الأفيونية وتحديد طرق العلاج على عاتق الطبيب، وذلك وفقاً للحالة الفردية للشخص الذي يخضع للعلاج وبعد موافقته الحرة والواعية (انظر القسم 6). وتشمل هذه الطرق على وجه الخصوص، اختيار الدواء وجرعته وكميته ومدة العلاج. كما تشمل أيضاً أي تدخلات مرتبطة بها، بما في ذلك الرعاية النفسية الاجتماعية والكشف عن الأمراض المعدية¹⁸.

9.2. ينبغي أن يتمتع جميع الأطباء بالمهارات اللازمة للشروع بعلاج يتضمن الأدوية الناهضة الأفيونية مهما كانت تخصصاتهم. وقد يحتاج الطبيب إلى مساعدة مهنيين آخرين في المجال الصحي أو الاجتماعي، بما في ذلك الصيادلة أو الممرضين أو الأطباء النفسيين أو الأخصائيين الاجتماعيين.

9.3. بعد الحصول على وصفة طبية، ينبغي أن يتمكن الصيدلي من توفير الأدوية الناهضة الأفيونية في نهاية تدريبه الأساسي بصفته مدير أو موظف في الصيدلية وبغض النظر عن نوع الصيدلية (صيدلية خاصة أو حكومية، صيدلية تابعة لمستشفى أو مرفق احتجاز أو مأوى اجتماعي تربيوي).

9.4. ينبغي تنسيق العلاج (بمعناه الواسع) بين الأطباء والصيادلة وفقاً للاحتياجات السريرية، مع غيرهم من المهنيين الصحيين والاجتماعيين من منظور متعدد التخصصات للعلاج المتكامل. يمكن تقديم العلاج، بما في ذلك توفير الأدوية، في عيادات الأطباء الخاصة والصيدليات والمراكز الطبية الاجتماعية المتخصصة (المتنقلة أو السكنية) والمستشفيات الحكومية أو الخاصة، وكذلك عن طريق الخدمات الصحية في أماكن الحرمان من الحرية.

9.5. في إطار نظام العلاج المتكامل، ينبغي أن يتمكن أطباء وصيادلة الرعاية الأولية من الاعتماد على الأخصائيين في الإدمان من مختلف المهن المعنية (الطب والصيدلة والتدخل الاجتماعي التربيوي والممرضين) و/أو على الشبكات المتخصصة.

9.6. عندما يتم توفير الأدوية من خلال مهني صحي آخر يعمل في مركز صحي اجتماعي، أو في مستشفى حكومي أو عيادة خاصة أو في الدائرة الصحية التابعة لأماكن الحرمان من الحرية، فإن القواعد أعلاه تطبق قياساً.

القسم 10: تكوين الأطباء

10.1. من أجل تقديم علاج عالي الجودة، ينبغي إيلاء اهتمام خاص لتدريب المهنيين الصحيين المعنيين لاسيماً الأطباء والصيادلة. ووفقاً لمنهج الدراسات الطبية والدوائية، يتم تقسيم مجموعة المعارف والمهارات المطلوبة خلال التكوين الأساسي أو التكوين العالي و/أو التكوين المستمر.

10.2. ينبغي أن يتضمن تدريب أي طبيب، مهما كان هيكل الدراسات الطبية والتخصص المختار¹⁹، تدريباً عاماً في مجال الإدمان، والذي يشمل:

¹⁸ للحصول على معلومات إضافية، نقتراح الرجوع إلى إرشادات منظمة الصحة العالمية (2009): http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf.

¹⁹ قد تكون بعض جوانب التطبيق جزءاً من المناهج الدراسية الأساسية للتدريب في مرحلة التدريب العالي وذلك حسب تنظيم الدراسات في البلد.

- القيام بتشخيص طبي لمتلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية؛
- القيام بتشخيص وظيفي متعدد الأبعاد فيما يتعلق بالسلوك الإدماني؛
- معرفة الخيارات العلاجية المختلفة لمتلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية لاسيماً مختلف أنواع الأدوية الناهضة الأفيونية المشار إليها ومعرفة منافعها / مخاطرها؛
- إجراء مقابلة مع متعاظٍ للمؤثرات النفسانية؛
- القدرة على تقديم علاج طبي والشروع في وصف الأدوية الناهضة الأفيونية؛
- القدرة على دمج العلاج في سياق صحي عام أوسع مع مجموعة من تدابير الوقاية والعلاج والحد من المخاطر والأضرار؛
- معرفة الإطار التشريعي والتنظيمي الأوسع نطاقاً (بما في ذلك المتطلبات الإدارية والظروف المالية المحددة) لاستخدام الأدوية الناهضة الأفيونية.

10.3. ينبغي أن يستند التكوين إلى أحدث المعارف الطبية والنفسية الاجتماعية

10.4. عند الانتهاء من تكوينه الأساسي، ينبغي أن تكون لدى الطبيب معرفة كافية بالأطباء المتخصصين والمهن الصحية الأخرى (بما في ذلك الصيدلة والمرضين والأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين) والمؤسسات التي من الضروري أو من المفيد التعاون معها لعلاج شخص معتمد على المؤثرات الأفيونية.

10.5. يتم استكمال هذا التكوين الأساسي طوال الحياة المهنية من خلال التكوين المستمر لمواكبة التطورات على جميع المستويات. ولهذه الغاية، ينبغي أن يتوفر التكوين المستمر و/أو التخصص (الأكاديمي و/أو المهني) في مجال الإدمان بشكل عام والأدوية الناهضة الأفيونية بشكل خاص لكل طبيب وصيدلي.

القسم 11: تكوين الصيادلة

11.1. ينبغي أن يتضمن التكوين الأساسي لأي صيدلي تدريباً في مجال الإدمان، والذي يشمل بدوره:

- معرفة الخيارات الدوائية المختلفة، لاسيماً الفوائد والمخاطر للأدوية المختلفة، بما في ذلك التأثيرات الديناميكية والحركية للأدوية، والتأثيرات السريرية المنشودة بالإضافة إلى الآثار الجانبية والتفاعلات مع الأدوية الأخرى؛
- تقييم الحالة الصحية العامة للأشخاص الخاضعين للعلاج، لاسيماً حالات التسمم؛
- معرفة الإطار التشريعي والتنظيمي الأوسع نطاقاً (بما في ذلك المتطلبات الإدارية والظروف المالية المحددة) للشروع في العلاج بواسطة الأدوية الناهضة الأفيونية وتوفرها.

11.2. عند الانتهاء من التكوين الأساسي، يتعين على الصيدلي أيضاً معرفة كيفية التعاون مع الطبيب الذي يصدر الوصفة، وغيره من المهنيين الصحيين (مثل الأخصائيين الاجتماعيين) والمؤسسات المختلفة وبرامج الشبكة الاجتماعية الصحية..

11.3. ينبغي أن يستند التكوين إلى أحدث المعارف الطبية والصيدلانية.

القسم 12: الإشراف على المهنيين الصحيين

- 12.1.** على غرار جميع الأطباء والصيادلة، ينبغي أن تخضع الجهات المعنية في وصف الأدوية الناهضة الأفيونية لإشراف منتظم من قبل هيئات مهنية (قانون تأديبي أو مهني). ويهدف هذا الإشراف إلى ضمان الامتثال بشكل خاص لمدونات قواعد السلوك والممارسات الجيدة (خاصةً الموافقة المستنيرة من قبل الشخص الذي يخضع للعلاج، والتحديث المنتظم للمعرفة وممارسة الطب القائم على الأدلة). أما بالنسبة للإشراف التأديبي، فهو يصب في مصلحة المهنيين الصحيين والأشخاص الخاضعين للعلاج وأسرتهم والمجتمع بشكل عام.
- 12.2.** ينبغي أن تكون طبيعة العقوبات المفروضة على المهنيين الصحيين المعنيين في وصف الأدوية الناهضة الأفيونية مماثلة لتلك المطبقة على غيرهم من المهنيين الصحيين.
- 12.3.** علاوة على ذلك، تم تصميم الإشراف المهني العادي لتجنب مخاطر السلوكيات غير الملائمة من قبل المهنيين الصحيين وبالتالي اللجوء إلى العقوبات الإدارية أو الجنائية وتطبيقها..
- 12.4.** لا يخضع الأطباء والصيادلة وغيرهم من المهنيين الصحيين لعقوبات إدارية إلا إذا كان سلوكهم يشكل أو قد شكل خطراً على الصحة العامة أو على صحة الأشخاص الخاضعين للعلاج أو على أسرهم؛ وعليه يتعين تعديل التدابير الإدارية من أجل تجنب مثل هذه المخاطر. وقد تشمل هذه التدابير (على وجه الخصوص) فرض قيود على حق ذلك المهني في ممارسة مهنته.
- 12.5.** ينبغي أن يكون الإطار الإداري مصمماً لمنع مخاطر السلوك غير اللائق؛ وينبغي النظر في اتخاذ تدابير دعم بديلة للعقوبات أو تطبيقها بالاقتران مع العقوبات، (على سبيل المثال: التوجيه، والمشاركة في مجموعات التبادل وأنشطة الإشراف/تبادل الخبرات).
- 12.6.** لا يخضع الأطباء والصيادلة وغيرهم من المهنيين الصحيين لعقوبات جنائية إلا إذا كان سلوكهم المتعمد أو الناتج عن الإهمال يعرض الصحة أو السلامة العامة للخطر، أو إذا تسبب بتعرض صحة الأشخاص الطبيعيين الذين تم التعرف عليهم بشكل فردي و/أو صحة أسرهم للخطر.

الجزء 4: دور السلطات الحكومية

يتعين على الدولة ضمان توفير شروط إطارية متسقة لضمان الحصول على الأدوية والعلاجات النوعية.

القسم 13: توافر وجودة الأدوية الناهضة الأفيونية

13.1. ينبغي أن تضمن الدولة ما يلي:

- I. توافر الأدوية الناهضة الأفيونية اللازمة والمفيدة في السوق المحلية، لتشمل على الأقل تلك المحددة في قائمة الأدوية الأساسية لمنظمة الصحة العالمية (وهي الميثادون والبوبرينورفين)؛
- II. توفير آليات للإبلاغ عن الاحتياجات المتوقعة إذا لزم الأمر وذلك لضمان الامدادات الكافية؛
- III. التأكد من أن الأدوية مسجلة حسب الأصول في أراضيها من قبل وكالة/ وكالات متخصصة (مثل وكالة الأدوية)؛
- IV. التأكد من أن شروط منح التراخيص قائمة على المعرفة الطبية الحالية للسلامة والفعالية العلاجية؛
- V. التأكد من أن إرشادات الاستخدام (ملخص خصائص المنتج / المعلومات المهنية أو وثيقة مكافئة وظيفياً للوصفات الدوائية) للمنتجات الطبية المعتمدة تعكس المعرفة الطبية التي تم التوصل لها حتى الآن، لاسيما فيما يتعلق بدواعي الاستعمال العلاجية المسموح بها والجرعة والتركيبية ومدة العلاج؛
- ينبغي أن توفر إرشادات الاستخدام جميع المعلومات السريرية والدوائية والتركيبات المعتادة للقيام بعلاج بواسطة الأدوية الناهضة الأفيونية بشكل صحيح؛
- ينبغي تحديث هذه الارشادات بانتظام وبمبادرة من السلطة، مع مراعاة أفضل الممارسات الدولية.

13.2. عندما لا تستطيع الدولة في وقت محدد ضمان الإمداد الكافي من الأدوية الناهضة الأفيونية في البلد (بالمعنى المقصود في الفقرة أعلاه)، ينبغي أن تضمن:

- I. توفير إمكانيات ملموسة لاستيراد الأدوية المعتمدة في بلدان أخرى (التي تمت الموافقة عليها في إطار إجراءات لترخيص التسويق عن طريق وكالة الأدوية التابعة للدولة المصدرة)؛
 - II. توفير إمكانيات لاستخدام الأدوية لغير استعمالها الأصلي عندما يكون هذا الاستخدام مبرراً سريرياً في حالة شخص خاضع لعلاج فردي؛
 - III. توفير إمكانيات لاستخدام الأدوية غير المرخص لها، لاسيما عن طريق الوصفات المركبة لمريض معين أو المركبة في الصيدلية.
- 13.3. يتعين على الدولة، عادةً من خلال وكالة الأدوية التابعة لها، أن تراقب سوق الأدوية بما في ذلك الأدوية الناهضة الأفيونية، للتأكد من أن الأهداف المذكورة أعلاه مضمونة على المدى البعيد وذلك من خلال إجراءات منتظمة للصيدلة الاحتراسية.

القسم 14: تناسبية تدابير الرقابة

- 14.1. ستدلي الدولة التي تضع الإطار القانوني والإداري لاستخدام الأدوية الناهضة الأفيونية، على أي مستوى كان، انتباهاً للتقييم الأولي لأثر هذه الآلية القانونية في الوصول إلى العلاج والأدوية من ناحية، ولتوافر الأطباء والصيدال المنخرطين في هذا النوع من العلاج، من ناحية أخرى.
- 14.2. ينبغي أن تقتصر الالتزامات المحددة التي تفرضها الدولة على الأطباء والصيدال على ما هو ضروري ومتناسب تماماً، وذلك بهدف ضمان معاملة آمنة وفعالة للشخص الخاضع للعلاج وللأطراف الثالثة على حد سواء (خاصة الأقارب وأطفال الأشخاص الخاضعين للعلاج).
- 14.3. تعد الأمور التالية عموماً غير متناسبة، على سبيل البيان:
 - I. شرط الحصول على إذن مسبق قبل الشروع في العلاج (باستثناء وصفة الطبيب)؛
 - II. الالتزام بتصديق سلطة حكومية على العلاج بأثر رجعي من قبل الطبيب؛
 - III. فترات الانتظار المحددة مسبقاً قبل الشروع بالأدوية الناهضة الأفيونية؛
 - IV. شرط قيام الطبيب بتدريب خاص كي يتمكن من وصف علاج يتضمن الأدوية الناهضة الأفيونية (انظر القسم 10)؛

²⁰ بصورة مباشرة أو غير مباشرة، على سبيل المثال من خلال الهيئات النظامية.

²¹ لكن، قد يُطلب من الطبيب التصريح عن العلاج لتجنب الوصفات المزروجة أو لجمع المعلومات حول الأوبئة.

- .V** شرط قيام الصيدلي بتكوين خاص كي يتمكن من إعطاء الأدوية الناهضة الأفيونية؛
- .VI** شرط خضوع الشخص المعالج لتقييم من قبل مهنيين صحيين اثنين أو أكثر؛
- .VII** فرض دواء معين أو جرعة معينة أو تركيبة معينة، أو تحديد الحد الأدنى أو الأقصى لمدة العلاج؛
- .VIII** حظر استخدام الأدوية لغير استعمالها الأصلي؛
- .IX** التدابير الأمنية لتخزين الأدوية الناهضة الأفيونية من قبل المهنيين الصحيين حيث تولد تكاليف تتعارض مع إمكانية الوصول إلى هذه الأدوية بشكل فعال من خلال العلاج الأولي (مثل الخزانات التي تفي بالمعايير ولكنها تجعل هذه الأدوية مكلفة)؛
- .X** شرط احتواء وصفة الطبيب على بيانات قد تشكل عائقاً أمام وصفة الدواء أو إعطائه، من دون التأكد من أن الحالة السريرية للشخص الخاضع للعلاج تستدعي ذلك؛
- .XI** نظام إعطاء الأدوية الناهضة الأفيونية والذي لا تقع مسؤوليته على المهني الصحي فقط عند تنفيذ العلاج (للاطلاع على تكوين المهنيين الصحيين، انظر القسمين 10 و 11)²².
- .14.4** قد تحتاج الدول التي تستعد لاستخدام الأدوية الناهضة الأفيونية إلى اعتماد أحكام استثنائية، كإجراء انتقالي لتقييم جدوى العملية وملاءمتها وإمكانية الوصول إلى الأدوية وتمويلها، مع الأخذ بعين الاعتبار إمكانية الوصول إلى العلاج.
- ينبغي ضمان الوصول غير التمييزي وضمان الحصول على الموافقة الحرة والمستنيرة للشخص المعالج وحماية بياناته.
- يتعين بلورة الأحكام الاستثنائية على أنها أداة انتقالية صريحة تعيد الدولة تقييمها بانتظام من حيث:
- ضرورتها؛
 - عواقبها (آثارها) على الوصول إلى العلاج؛
 - تمويلها؛
 - الصعوبات المواجهة.
- ينبغي أن تكون كافة البيانات التي يتم جمعها في إطار هذا التقييم مجهولة المصدر ولا يمكن استخدامها لأغراض أخرى. كما ينبغي أن تكون نتائج هذا التقييم في متناول الجمهور.

²² في هذا الصدد، يتعين على المهني الصحي أن يأخذ بعين الاعتبار سلامة الشخص المعالج، لاسيما خطر التسريب أو خطر العلاج الذاتي، وكذلك سلامة من حوله (مثل الوصول العرضي للدواء من قبل أطراف ثالثة خاصة الأطفال). عادةً تكون عملية إعطاء الدواء خاضعة للإشراف في بداية العلاج لضمان سلامتها وفعاليتها للشخص المعالج. وفي وقت لاحق، يتم إعطاؤه تحت الإشراف فقط إذا اعتبر المهني، بناءً على التقييم الفردي للشخص المعالج، أنه لا يمكن الحد من خطر السلامة إلا إذا تم إعطاؤه تحت الإشراف. للحصول على معلومات إضافية، نقترح الرجوع إلى إرشادات منظمة الصحة العالمية (2009):

القسم 15: تمويل الخدمات العلاجية وأجورها

- 15.1.** يتعين على الدولة أن تضمن أن العلاج الذي يقدمه المهنيون الصحيون والأدوية الناهضة الأفيونية الحاصلة على ترخيص للتسويق وأن الرعاية النفسية الاجتماعية تكون متاحة مادياً للأشخاص المقيمين على أراضيها.
- 15.2.** في حال عدم تحمل نفقات هذا العلاج أو المتابعة الصحية من قبل التأمين الحكومي، يتعين على الدولة التأكد من أن تكون هذه الخدمات موضعاً لنظام محدد مجاني يضمن إمكانية استفادة الأشخاص ذوي الموارد المحدودة منها بشكل كامل (انظر القسم 5).
- 15.3.** ينبغي تعويض الخدمات التي يقدمها الأطباء والصيدالة وغيرهم من المهنيين الصحيين بشكل كافٍ، مع مراعاة عبء العمل وصعوبة الخدمة والمسؤولية المتكبدة؛ كما وينبغي أن يكون التعويض بمستوى يضمن توافر عدد كافٍ من الأطباء والصيدالة والمهنيين الصحيين.

القسم 16: تعزيز التكوين والبحث والابتكار

- 16.1.** في حدود مواردها المالية، تشجع الدولة الابتكار وتعزز:
- I.** التدريب الأساسي والتدريب المستمر للمهنيين العاملين في مجال متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية، بما في ذلك توعية المهنيين المعنيين بشكل محدود؛
 - II.** تنظيم العلاج المرتبط بمتلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية؛
 - III.** البحوث المتعلقة بالأدوية وعمليات الرعاية وتنظيمها؛
 - IV.** البحوث حول الأمراض المشتركة المرتبطة بمتلازمة الإدمان على المواد الأفيونية؛
 - V.** البحوث حول آليات وأوبئة متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية؛
 - VI.** أنشطة الهيئة الوطنية للتسويق والمتابعة (انظر القسم 18).

وعليه، تشجع الدولة المنظور الشامل على كافة السلوكيات الإدمانية، وبالتالي لا تقتصر على المخدرات غير المشروعة فقط.

- 16.2.** تكفل الدولة عدم احتواء الإطار التشريعي على أي حكم محدد من شأنه أن يقيد الشروع في مشاريع الابتكار أو تنفيذها أو القيام بالأبحاث المذكورة أعلاه.

القسم 17: الرصد ومؤشرات المتابعة

- 17.1.** على كل دولة تقييم نظام علاج الاعتماد الخاص بها (نظام الرعاية والخدمات ونتائج الرعاية). ينبغي أن يتضمن هذا التقييم رصد منتظم وذلك عبر:
- المؤشرات الهيكلية من حيث الأحكام التنظيمية، وتوافر مرافق الرعاية الصحية والأدوية اللازمة والمهنيين المدربين اللازمين للقيام بالعلاج؛
 - مؤشرات الإجراءات والتغطية عند الحصول على الرعاية (الحصول عليها دون تمييز وخلال وقت قصير وبشكل مستمر لأي شخص على أراضي الدولة يعاني من متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية وقد وافق على العلاج) بالإضافة إلى جودة العلاج والمعرفة لدى المهنيين (سواء كانوا متخصصين أو يعملون لوقت محدد)؛
 - مؤشرات النتائج المتعلقة بالاستجابة إلى العلاج ومتابعته (بما في ذلك الآثار الجانبية المحتملة) وبالوفيات والاعتلال والأمراض المشتركة ونوعية الحياة.

- 17.2.** في هذا الصدد، تتمتع كل دولة بالسبل اللازمة للحصول بشكل منتظم على بيانات تتعلق بالمؤشرات الهيكلية وبالإجراءات والنتائج. ومن أجل ضمان موثوقية البيانات التي تم جمعها وإمكانية مقارنتها، يوصى بتوحيد هذه المؤشرات، بما يتماشى مع بروتوكولات المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان الخاصة بالمؤشرات الوبائية ومؤشرات نظام الرعاية (انظر القسم 17.3).

- 17.3.** ينبغي تعميم المؤشرات التي يتم جمعها والبيانات ذات الصلة. كما ينبغي إتاحة البيانات التي يتم جمعها للباحثين وفقاً للمعايير الأخلاقية المعتادة والمتعلقة بالموافقة وحماية البيانات الشخصية.

- 17.4.** ينبغي تحليل هذه المؤشرات من قبل الدولة وأصحاب المصلحة الآخرين من أجل تحسين العلاج والأطر التنظيمية على المستويين الوطني والدولي (انظر القسمين 18 و19). هذا وتدعم الهيئة الاستشارية الوطنية المشار إليها في القسم 18 هذه الجهود.

- 17.5.** تُسهل كل دولة عملية الوصول إلى قائمة المؤشرات التي تجمعها بخصوص الأدوية الناهضة الأفيونية؛ لاسيما من خلال نشرها على شبكة الانترنت.

الجزء 5: التنسيق الوطني والتعاون الدولي

القسم 18: الهيئة الوطنية للتنسيق والمتابعة

18.1. من أجل تنسيق ومتابعة استخدام الأدوية الناهضة الأفيونية، تعين الدولة هيئة استشارية وطنية تتألف من ممثلين عن الأخصائيين والأشخاص المعنيين بمتلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية، فضلاً عن ممثلين عن مختلف المجالات المشاركة الحكومية أو شبه الحكومية أو الخاصة.

وتضم هذه الهيئة ممثلين مسؤولين عن: ترخيص تسويق الأدوية، وسداد تكاليف الرعاية والأدوية، والإشراف على المهنيين الصحيين وسياسات الصحة العامة ومنتجات الأدوية والسلطات الإشرافية والتأمين الاجتماعي.

18.2. كما وتضطلع هذه الهيئة بمهام اعتيادية وهي:

- I.** تحديد العوائق التي تحول دون الحصول على الرعاية؛
- II.** تحديد المبادئ التوجيهية الدولية الصادرة فيما يتعلق بالأدوية الناهضة الأفيونية وتقييم أهميتها للبلد؛
- III.** تقييم مدى ملاءمة المؤشرات المختارة والبيانات المجمعة والنتائج المحققة (انظر القسم 17)؛
- IV.** دعم الجهود الرامية للاستفادة من هذه المؤشرات لتحسين العلاجات وإطارها التنظيمي؛
- V.** متابعة نتائج البحوث وتقديم توصيات لضمان تنفيذها؛
- VI.** صياغة توصيات، بناءً على ما ورد أعلاه، لمنع التمييز وتحسين الوصول إلى العلاج وتحسين نوعية الرعاية؛
- VII.** تنسيق جهود مختلف الشركاء المعنيين.

18.3. تزود الدولة هذه الهيئة بالمهارات والوسائل لتنفيذ المهام المذكورة أعلاه وتؤمن لها تمويل مستقر طويل الأمد.

القسم 19: التعاون الدولي

19.1. من أجل تسهيل استخدام الأدوية الناهضة الأفيونية من قبل المهنيين المعنيين، تتعاون الدول فيما بينها لتحديث المبادئ التوجيهية الدولية المشتركة.

19.2. إن المؤسسات الحكومية المسؤولة عن الأدوية الناهضة الأفيونية، سواء كانت تشريعية أو إدارية أو قضائية، تأخذ في الحسبان وبشكل واضح المبادئ التوجيهية الدولية التي تعتبر المراجع الحالية في ضوء ما وصل إليه العلم.

يمكن للدولة تحديد هذه المبادئ التوجيهية لجعلها قابلة للتطبيق بشكل ملموس على أراضيها. كما أنها حرة في وضع شروط إطارية أكثر ملاءمة للحصول على الأدوية الناهضة الأفيونية.

19.3. من أجل ضمان إمكانية مقارنة البيانات التي تم جمعها مما يسمح بالاستفادة منها لأغراض علمية، تتفوق الدول على الحد الأدنى من المؤشرات المشتركة التي تتعهد بجمعها (انظر القسم 17.2). ولتحقيق هذه الغاية، يجوز لها تعيين وتمويل وكالة حكومية دولية تتمتع بالخبرات المناسبة لتنفيذ أو تنسيق جمع هذه البيانات.

19.4. إذا كانت الدولة تعترم جمع مؤشرات إضافية (تتجاوز القائمة الدنيا المشتركة)، فينعتن عليها إخبار الدول الأخرى كي تضمن قدر الإمكان المقارنة الدولية للبيانات.

19.5. على الصعيد الداخلي، يتم مبدئياً تنفيذ مهام التعاون والتواصل من قبل الهيئة المشار إليها في القسم 18.

4. التوصيات الأساسية والحجج

4.1 من المبادئ التوجيهية إلى التوصيات الرئيسية

يبلغ عدد المبادئ التوجيهية المحددة 19، ويتضمن كل منها من 1 إلى 6 بنود. يعكس ذلك حتماً رغبة المؤلفين في تغطية الجوانب المختلفة للعواقب الناجمة عن تنظيم العلاجات بالناهضة الأفيونية وضمان اتساقها. في الواقع، يؤدي اقتراح إزالة نظام إصدار الأذونات المسبقة مثلاً إلى آثار مختلفة على عدة مستويات ويدعو ذلك إلى اتخاذ تدابير لاحقة لتجنب أي نتائج سلبية.

ولأن المؤلفون كانوا يتلفون لمجادلة التغييرات المقترحة بعمق، فقد واجهوا عقبة تعليمية كبرى، وهي احتمال إغراق القارئ في تفسيرات مفصلة لكل مبدأ. لذا اختاروا الحل التالي: اختيار أربع توصيات أساسية وتطوير المناقشات على هذا الأساس، مع إبراز الآثار التي تمتد على مختلف المبادئ التوجيهية. يتم تطوير هذه الآثار المتداخلة في الفصل 5.2 في إطار تنفيذ المبادئ التوجيهية. في هذا الفصل، ينصب التركيز على المناقشات المؤيدة لهذه التوصيات الرئيسية الأربع، بالإضافة إلى الأجوبة على الاعتراضات الشائعة.

تركز التوصيات الأربع الرئيسية المختارة على ما يلي:

- (1) وصف وإعطاء الأدوية الناهضة الأفيونية بدون نظام إصدار أذونات مسبقة
- (2) الإزالة الفعلية للحواجز المالية التي تعترض الوصول إلى الرعاية
- (3) التنسيق والرصد من قبل هيئة استشارية وطنية
- (4) مصطلحات محايدة ودقيقة ومحترمة للأفراد

تبرز هذه التوصيات الأربعة على مستويات مختلفة للغاية.

يجسد وضع عملية تضمن سلامة الوصفات الطبية من دون نظام إصدار أذونات مسبقة (التوصية رقم 1) التحول النوعي الذي تقوم عليه المبادئ التوجيهية، والذي يهدف إلى إعادة وضع هذه العلاجات في سياق الأنظمة والممارسات العادية في المجال الطبي والصيدي، مع التخلي عن الحالات الفردية التاريخية.

يكمن الهدف من الدعم المالي الفعلي للعلاج (التوصية رقم 2) على المستوى التشغيلي بشكل أساسي، ويتطلب الاعتراف بخصوصية الأدوية الناهضة الأفيونية، ليس على المستوى السريري بل على الصحة العامة من خلال التوفير للسكان المعنيين، غالباً من فئة الضعفاء والمهمشين، إمكانية الوصول إلى الرعاية بسهولة ومواصالتها.

تتضمن التوصية الثالثة وجود هيئة استشارية للتنسيق والرصد تتناول عمل النظام ككل. تهدف إلى رصد الإصلاحات الضرورية وضمان إجراء تعديلات دقيقة، استناداً إلى جميع البيانات المتاحة: الصيدلة الاحتراسية والمعرفة العامة ومراقبة الأوبئة وردود الفعل النوعية من أصحاب المصلحة في النظام، بما في ذلك المستخدمين.

وأخيراً، تعد مراجعة المصطلحات المستخدمة عبارة عن توصية (رقم 4) شاملة. بالنسبة للأوساط المهنية والأشخاص الذين يستفيدون مباشرة من الأدوية الناهضة الأفيونية والجمهور العام، تهدف هذه المصطلحات إلى ضمان الفهم الواضح والمشارك، مع تفادي الوصمة التي تؤدي إلى سلوك من التمييز والاستبعاد.

يتم تقديم كل من هذه التوصيات على مرحلتين:

- وصف للحالة المرغوبة؛
- مناقشات لدعم التوصية، بما في ذلك إجابات عن الاعتراضات الشائعة.

4.2 التوصيات الرئيسية

4.2.1. الرقم 1. ,, الوصف والإعطاء بدون نظام إصدار أدونات مسبقة"

الحالة المرغوبة

تخضع العلاجات التي تنطوي على وصفة ل الأدوية الناهضة الأفيونية إلى القواعد العادية للوصفات الطبية ولتسليم الأدوية الخاضعة للمراقبة. ولذلك لا تتطلب إنفاً خاصاً للأشخاص الذين يتلقون العلاج أو المهنيين أو للبنية التحتية. إن منح وتوزيع المهام والكفاءات على مختلف الجهات الفاعلة في النظام هي نفسها لكافة أشكال العلاج الأخرى المسموح بها بما في ذلك الأدوية الخاضعة للمراقبة.

لهذا المنظور آثار على تكوين المهنيين والإشراف عليهم بالإضافة إلى تسجيل الأدوية الناهضة الأفيونية والصيدلة الاحتراسية. وبالتالي، ينبغي إدراج المعلومات الأساسية المتعلقة بالأدوية الناهضة الأفيونية في التكوين الأساسي الموجه لجميع الجهات الفاعلة في النظام الاجتماعي والصحي. ومن ثم يجب على الهيئات التأديبية (العادية) للإشراف على المهنيين أن تراقب أيضاً المهنيين الذين يقدمون العلاج، إلى جانب أولئك الذين يقدمون علاجات أخرى. وأخيراً، يجب أن تكون وكالات الأدوية هي السلطات المعنية بتحديث تعليمات الاستخدام (ملخص عن خصائص المنتج / المعلومات المهنية - RCP/IP) حول الأدوية الناهضة الأفيونية، مع مراعاة البيانات المستمدة من الصيدلة الاحتراسية ودراسات أخرى، ويجب أن تشرح هذه المعلومات الإطار الذي يتم فيه وضع علاج بالناهضات الأفيونية وفقاً لآخر المعارف المتوفرة.

إذا لزم الأمر، يمكن استبدال نظام إصدار الأدونات المسبقة مثلاً بنظام التصريح شرط ألا تكون هذه الآلية زائدة عن الحاجة مع أحكام عامة أخرى تنطبق على المنتجات الطبية الخاضعة للمراقبة، وأن يكون الهدف النهائي (الوقاية من ازدواجية الوصفات و/ أو المتابعة الوبائية) صريحاً وأن يحترم نظام التصريح هذا القانون العادي لحماية البيانات.

الحجج الرئيسية

إن الأدلة الطبية المتوفرة اليوم تثبت بشكل قاطع أن العلاج بالناهضات الأفيونية هو أفضل علاج متاح ويجب تطبيقه على المدى الطويل، بالتوازي مع الدعم النفسي والاجتماعي والجسدي المناسب. ولذلك، ينبغي الترحيب بجميع التدابير التنظيمية التي قد تشجع على الوصول إلى هذا العلاج المرجعي، بينما يجب أن يتم تحليل التدابير التي تعوقه بعناية لكشف الآثار العكسية. الهدف من ذلك هو ضمان أن تسعى التدابير التي تعوق العلاج إلى تحقيق هدف مشروع وأن تحققه بطريقة متناسبة، مع مراعاة مصالح وحقوق الأطراف المعنية (بما في ذلك الحق في الصحة كما حددتها الأمم المتحدة، انظر 1.3 والملحق). في حالة نظام إصدار الأدونات المسبقة، غالباً ما لا يتم تفسير الهدف المشروع أو الأهداف المشروعة التي من المفترض أن تحققها هذه الأنظمة، لذا فمن الصعب، إن لم يكن من المستحيل تحديد ما إذا كان قد تم تحقيق هذه الأهداف أم لا. كما أظهرت الفصول السابقة أنه، حتى مع افتراض الأهداف المختلفة للمصلحة العامة (مثل المراقبة الوبائية ومنع التسريب)، فإن نظام إصدار الأدونات المسبقة يمثل وسيلة غير فعالة أو غير متناسبة لتحقيق هذه الأهداف.

يتيح إزالة نظام إصدار الأدونات المسبقة تحسين توافر العلاجات وإمكانية الوصول إليها ومقبوليتها

يسمح غياب نظام إصدار الأدونات المسبقة للأشخاص الذين تتم معالجتهم بالوصول بشكل أسرع وأسهل إلى الأدوية الناهضة الأفيونية، خاصة لدى أطباء الرعاية الأولية / الأطباء العاميين (بأعداد كافية وبطريقة عملية مواتية للأشخاص المعالجين). غالباً ما يكون لتطبيق نظام إصدار الأدونات المسبقة تأثيراً رادعاً على الأطباء الذين لا يمكنهم وصف أو إعطاء الأدوية (مفهوم التوافر)، أو الذين لا يُشجعون بسبب العبء الإداري الذي يقع على عاتقهم للحصول على الأدونات والمحافظة عليها (مفهوم الوصول). بالنسبة للفرد الخاضع للعلاج، يشكل نظام إصدار الأدونات المسبقة رادعاً عندما يخضع للقيود، خاصة على مستوى المواعيد أو الترتيبات التنظيمية الأخرى غير الممكنة للفرد (مفهوم إمكانية الوصول) أو ذي تطبيق معقد (مفهوم المقبولية). قد يكون لنظام إصدار الأدونات المسبقة عواقب رادعة بالنسبة للشخص المُعالج، عندما يترافق مع تقديم السجل باليد إلى السلطات، ما لا يضمن السرية بشكل واضح وفعال. في الواقع، إذا علم أو شك الشخص المعالج بإمكانية الإبلاغ عن هويته وتاريخه الطبي إلى سلطات أخرى قد تستخدم هذه المعلومات بشكل يضر بمصلحته (مثل خطر سحب السلطة الأبوية عن طفله)، فمن المنطقي أن يتردد بقبول العلاج بالناهضات الأفيونية.

من النتائج الطبيعية لنظام إصدار الأدونات المسبقة هو اعتبار هذه الممارسة الطبية مقصورة على الأخصائيين المتكويين والمصرح لهم بالممارسة لهذا الغرض. إن إزالة نظام إصدار الأدونات المسبقة يرسل إشارة عكسية بمعنى أن هذا العلاج يقع ضمن الاختصاص الأساسي (وبالتالي التكوين) للمهنيين الصحيين. بالفعل، يقل تدريب مجال الإدمان في العديد من البلدان أو لا يُدرّس أبداً في إطار التكوين الأساسي للأطباء والصيدالدة والمهنيين الاجتماعيين والصحية الأخرى ذات الصلة (انظر القسم 1.7.1). وبالتالي لا يرغب الأطباء، وخاصة أطباء الرعاية الأولية، بتوفير هذه الخدمة. وهذا يخلق حلقة مفرغة حيث لا يملك الأشخاص الذين يعانون من متلازمة الاعتماد الأفيوني في الواقع أي خيار سوى اللجوء إلى الهياكل المتخصصة الخاضعة لنظام إصدار الأدونات المسبقة. على عكس ذلك، فإن التدريب الموجه للمهنيين المستقبليين حول الوصفات الطبية وتوزيع الأدوية الناهضة الأفيونية هو ضمان لتأمين توافر الأدوية وإمكانية الوصول إليها ومقبوليتها وجودتها بشكل أفضل.

يتيح حذف نظام إصدار الأذونات المسبقة تحسين جودة وسلامة العلاج

عادة ما يعني وجود نظام إصدار الأذونات المسبقة أن الإشراف على المهنيين (الذين يعالجون الأشخاص الذين يعانون من متلازمة الاعتماد) هو من مسؤولية السلطات التي أصدرت الأذونات، بدلاً من الهيئات العادية للإشراف على الأدوية أو هيئات الإشراف على المهنيين (مثل المؤسسات التأديبية، الهيئات النقابية). في هذه الحالات، يترتب عن إزالة نظام إصدار الأذونات المسبقة، بصفة تكاد تكون تلقائية، إعادة تعيين هذا الاختصاص إلى هذه الهيئات العادية. إلا أن هذه الأخيرة تتمتع بقدرة أكبر على تحديد أفضل الممارسات وفقاً لتطور المعرفة العلمية. كما تتمتع بمزيد من الشرعية، ويعود ذلك جزئياً إلى أنها مصممة هيكلياً لتوفير الرقابة والتعامل مع جميع القضايا والنزاعات التي تخص الأدوية والمهنيين الصحيين. لذا، من المتوقع أن يؤدي مثل هذا النقل للمهارات إلى تحسين نوعية الرعاية، أو على الأقل المساهمة في ذلك.

كما قد يؤدي وجود نظام إصدار الأذونات المسبقة إلى أن تكون إجراءات العلاج مفصلة من قبل السلطات الإدارية المسؤولة عن إصدار الأذونات اللازمة. يضيف ذلك عادةً من المتطلبات في الوصفات وإعطاء الأدوية غير الواردة في أدلة الاستعمال (RCP/IP)، انظر أيضاً القسم 1.7.1). لا تعتمد هذه المتطلبات في الغالب على الدراسات السريرية أو بيانات حول الصيدلة الاحتراسية أو المبادئ التوجيهية الطبية المعمول بها. في هذه الحالات، يؤدي إزالة نظام إصدار الأذونات المسبقة بشكل شبه تلقائي إلى تعيين (إعادة تعيين) مسؤولية تنظيم شروط وصف وإعطاء الأدوية الناهضة الأفيونية إلى وكالات الأدوية. لذا تصبح ملزمة بتحديث المعلومات حول الآثار الجانبية والتفاعلات والاحتياطات الواجب اتخاذها وفئات الأشخاص المعنيين بالعلاج. يتم هذا التحديث وفقاً للمعايير المعترف بها دولياً. ومن خلال ضمان توافر معلومات صحية صحيحة ودقيقة وحديثة من قبل وكالات الأدوية المختصة، يتم تعزيز سلامة وجودة العلاجات.

إن نظام إصدار الأذونات المسبقة غير ضروري لمراقبة العلاج

يقال أحياناً أن نظام إصدار الأذونات المسبقة ضروري لتحقيق الأهداف المتعلقة بمراقبة هذا القطاع الصحي. وبشكل خاص يتيح هذا النظام إلقاء نظرة عامة على من يصدر الوصفات، ومن يعطي الأدوية، ومن يتلقاها، وبأي طريقة. من هذا المنطلق، قد يشكل أداة خاصة لتقييم وتقليل مخاطر التسريب. وقد يكون أداة للحصول على البيانات الكمية المستخدمة في وقت لاحق في الدراسات الوبائية. كما يسهل جمع البيانات التي تتطلبها الاتفاقيات الدولية في بعض الأحيان. إن هذه الحجج ليست مقنعة لعدة أسباب:

من الناحية العملية، نادراً ما تستخدم البيانات الواردة عن نظام إصدار الأذونات المسبقة بشكل منهجي، أكان ذلك للسيطرة القمعية على التسريب أو للمراقبة الوبائية أو لرصد الاتفاقيات. فمثلاً تتمتع بلدان قليلة جداً بنظام حاسوبي فيه بيانات تتيح اكتشاف ازدواجية الوصفات الطبية تلقائياً. بصورة أعم، تتيح الدراسات الاستقصائية المخصصة المصممة جيداً الحصول على البيانات التي تعتبر مفيدة أو ضرورية بطريقة أقل تكلفة وأكثر كفاءة. يتم إعداد هذه الاستطلاعات من خلال ولايات مخصصة وغطاءات تنافسية تُطرح للعلماء الذين يمتلكون المهارات المناسبة للإجابة على أسئلة محددة ذات الصلة، بينما يقوم نظام إصدار الأذونات المسبقة بجمع البيانات دون التفكير أولاً ثم وضع اقتراحات تتم اختبارها.

ويمكن التقليل من خطر تسريب الأدوية من قبل الشخص المُعالج، وخاصة عن طريق الوصفة المزدوجة، عن طريق وسائل أقل تطفلاً. يمكن تجنب هذا الخطر (توجه الشخص المعالج إلى طبيبين مختلفين للحصول على علاج مزدوج وبيع أحدهما) عن طريق نظام الإعلان اللاحق القائم على ورود كل شخص في سجل مع الوصفات الطبية الصادرة له. على أي حال، إن خطر التسريب منخفض نسبياً في الممارسة، سواء في نسبة الأشخاص المعالجين المعنيين أو في حجم الأدوية المعنية (انظر القسم 1.7). بالإضافة إلى ذلك، نادراً ما يشكل التسريب خطراً على الصحة العامة، لأنه في أسوأ الحالات، تُباع المنتجات (الميثادون أو البوبرينورفين) في السوق السوداء وهي أقل خطورة وأفضل نوعية من الهيروين المتوفر في الشارع.

كما أن خطر التسريب من قبل المهنيين في مجال الصحة لا يبرر وضع نظام إصدار الأذونات المسبقة. في الواقع، يمثل المهنيون الذين يساهمون على نطاق واسع في الاتجار بالمواد الخاضعة للمراقبة أقلية ضئيلة. إن استثناء بعض الدول، مثل الولايات المتحدة، التي تواجه وباء استهلاك المواد الأفيونية حسب ما يسمى بـ "الوصفة الطبية"، يؤكد ذلك بشكل غير مباشر. يجب الافتراض أن مثل هذا الانحراف يعود بشكل كبير إلى الطبيعة التقييدية لهذه الدول من حيث الوصول إلى المواد الأفيونية، مهما كانت دواعي الاستخدام. ترفع هذه القيود من قيمة المواد الأفيونية في السوق السوداء، وبالتالي خطر التسريب من قبل الأشخاص الخاضعين للعلاج، أو حتى من قبل المهنيين (Scholten, 2017; Scholten & Henningfield, 2016). على أي حال، لا يعد نظام إصدار الأذونات المسبقة وسيلة مناسبة لمكافحة مثل هذه التجاوزات. في الواقع، يمكن للطبيب الذي يرغب في الاعتناء عن طريق بيع الأدوية الناهضة الأفيونية للأشخاص الذين تتم معالجتهم، والذين يبيعونها بدورهم في السوق السوداء، تجاوز المراقبة التي ترافق إصدار الأذونات المسبقة بسهولة، عن طريق وصف أدوية ناهضة أفيونية لدواعٍ غير العلاج بالناهضات الأفيونية (مثل علاج الألم المزمن). في مثل هذه الحالات، لا توجد رقابة محددة على الطبيب، حتى لو كان الدواء الذي يتم تسريبه هو مادة أفيونية.

وأخيراً، فيما يتعلق بالبيانات التي يتعين جمعها للوفاء بالاتفاقيات الدولية، فإن هذا الشرط يتم توفيره بواسطة أدوات أخرى. فبالنسبة لجمع البيانات، لا تميز الاتفاقيات بين الأدوية الناهضة الأفيونية عن غيرها من الأدوية الخاضعة للمراقبة. لذلك، يجب على البلدان وضع آليات لجمع المعلومات المطلوبة التي تستند في المقام الأول إلى إمكانية تتبع الطلبات والتسليم لأي دواء خاضع للمراقبة. من ناحية أخرى، لا تتطلب الاتفاقيات الدولية معلومات عن الأشخاص المعالجين. وبالتالي، يجمع نظام إصدار الأذونات المسبقة معلومات لا تتطلبها الاتفاقيات.

إن إزالة نظام إصدار الأدونات المسبقة يضع حدا لمفارقة تاريخية

لفترة طويلة، كانت معالجة متلازمة الاعتماد مثيرة للجدل، سواء مع المهنيين الصحيين أو الأخصائيين القانونيين (وخاصة المحاكم الجنائية)، والمهن الاجتماعية (مثل المرشدين الاجتماعيين) وحتى بين الأفراد الذين تلقوا العلاج. ولم يتم الاعتراف بفعالية وشرعية العلاجات بشكل كامل، إلى جانب الاعتراف بمتلازمة الاعتماد كمرض إلا بطريقة تدريجية. عندما بدء اقتراح هذه العلاجات، كانت المخاوف بين هذه المجموعات المختلفة عديدة. فمثلاً اعتبر سابقاً أن الامتناع عن التعاطي هو الهدف الرئيسي وأن الأدوية الناهضة الأفيونية قد تشكل عقبة لذلك. تستمر بعض الدول في الدفاع عن هذه الحجة، التي تقوضها الدراسات الطبية بالإجماع. فقد سمح فرض نظام إصدار الأدونات المسبقة بالتغلب على بعض التحفظات والحفاظ على العنصر القمعي في الرقابة على المواد.

إلا أن الجانب الأساسي يكمن في الحاجة إلى تشجيع الوصول إلى العلاجات بالناهضات الأفيونية لأكثر عدد من الأشخاص المعالجين. وحتى لو لم يمثل الشخص المعالج بالكامل لشروط العلاج بالناهضات الأفيونية التي تم اقتراحها أو تحديدها، فإن المصلحة العامة والخاصة هي في استمرار العلاج نظراً للفائدة التي لا يمكن إنكارها على صحته الجسدية والعقلية. في الموازنة بين المصالح، يتمتع استمرار العلاج بأسبقية على المتطلبات المتعلقة بأنماط تقديم العلاج، وخاصة عن طريق العقوبات التي قد تؤدي إلى نتائج عكسية. لقد تم تصميم نظام إصدار الأدونات المسبقة أصلاً لضمان الامتثال لتوجيهات إعطاء الدواء، وذلك بالتهديد بسحب الإذن. يشكل هذا الهدف مفارقةً تاريخية في ضوء المعرفة الطبية الحالية.

4.2.2 الرقم 2: ,,الإزالة الفعلية للحواجز المالية التي تعترض الوصول إلى الرعاية"

الحالة المرغوبة

بالنسبة للأشخاص المصابين بمتلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية، يجب ألا يتطلب الوصول إلى العلاج - فعلياً أو عملياً - أي التزام مالي. ينطبق غياب هذه العقبات المالية على كافة مراحل العلاج (من أول اتصال إلى استشارات المتابعة وصولاً إلى الوصفة الطبية وإعطاء الأدوية الناهضة الأفيونية). هذا يعني أنه لا يُطلب من الشخص الذي يتلقى العلاج أي دفعات مسبقة أو تقديم ضمانات، بغض النظر عن نوع مقدم الرعاية ونوع العلاج. في هذا الحال، يتطلب تنفيذ ذلك نظاماً يختلف عن النظام العام لتمويل الرعاية تبرره أسباب الصحة العامة. وعلى الدول أن تضمن ألا تؤدي إزالة الحواجز المالية إلى التقنين في العرض. وخاصةً لا ينبغي أن تقتصر بتشديد شروط الوصول إلى العلاج أو أن تؤثر في العبء الإداري و / أو رواتب المهنيين.

الحجج الرئيسية

تتبرر خصائص العلاجات بالناهضات الأفيونية آلية مالية محددة.

في حين تهدف المبادئ التوجيهية ككل إلى إعادة إدخال العلاج بالناهضات الأفيونية في السياق العادي للعلاجات ونظام الرعاية الصحية، قد يبدو من المدهش أنها تدعو إلى الأخذ بعين الاعتبار سمات خاصة من حيث تمويل العلاجات للأفراد المعالجين. علاوة على ذلك، قد يبدو هذا الاختلاف غير عادل مقارنة بالعلاجات الأخرى الضرورية للبقاء على قيد الحياة، أو مقارنة بالمجموعات الأخرى من الأفراد المعالجين الذين يحتاجون إلى الرعاية. لكن الأشخاص الذين يعانون من متلازمة الاعتماد الأفيوني لهم خصائص محددة وهي: خطر كبير للوصم والتمييز، وانعدام الأمن الاجتماعي، والتردد في قبول المساعدة من أي نظام حكومي، وارتفاع معدل انتشار السلوكيات الخطرة، والاضطرابات النفسية والجسدية وغيرها من السلوكيات الناجمة عن الاعتماد. لكل هذه الخصائص إمكانات تضاعفية للضرر على الأفراد المعتمدين ومن حولهم، خاصةً على الصعيد الاقتصادي ومن حيث المخاطر الوبائية المعدية.

لهذه الخصائص نتائج. أولاً، على المستوى الفردي، تجعل الدخول والاستمرار بالعلاج أكثر صعوبة. ثم ، على الصعيد الجماعي، تؤدي إلى فرض التكاليف على الدولة (التكاليف المباشرة المتعلقة بالتدخلات الصحية أو الاجتماعية أو القمعية، والتكاليف غير المباشرة المتعلقة بالإنتاجية المفقودة، والتكاليف غير المادية المتعلقة بفقدان نوعية الحياة) والتي تتجاوز إلى حد كبير السعر الإجمالي للعلاج، بما في ذلك التكاليف المرتبطة بالاضطرابات ذات الصلة (انظر أيضاً القسم 1.5.3).

يأخذ حذف العتبات المالية في الاعتبار التناقض المرتبط بالاضطرابات الإدمانية

يُشار أحياناً إلى المشكلة الأخلاقية التي تكمن وراء توفير نظام مالي أكثر ملاءمة للأشخاص الذين، اختاروا "بطريقة ما استهلاك المواد، وبالتالي جازفوا بتعريض أنفسهم لخطر الاعتماد. لا يقوم فقط هذا المفهوم على سوء فهم متلازمة الاعتماد التي يجب اعتبارها مرضاً تكون فيه الهشاشة عامل خطر، ولكنه لا يأخذ بعين الاعتبار خاصية سريرية تشكل جزءاً من السلوك الإدماني وهي التناقض (Miller & Rose, 2013 ; Feldstein Ewing, Apodoca & Gaume, 2016; Daeppen, 2016). عادة، يولي الأفراد المعنيين اهتماماً كبيراً للفوائد المحققة من استهلاكهم، واهتماماً أقل للعيوب، خاصة فيما يتعلق بالصحة، على الأقل حتى المراحل المتقدمة للغاية من السلوك الإدماني، عندما تصبح العيوب حرجة (باللغة الطبية نتحدث عن "التوازن في القرار"). يفسر هذا التناقض جزءاً من الفجوة شبه الهيكلية بين وجود متلازمة الاعتماد والحاجة المدركة للمساعدة (Lipari, Park, Lee & Van Horn, 2016; O'Connor, Sokol & D'Onofrio, 2014). بالتالي، فإن الأشخاص الذين يمكنهم الاستفادة من تدابير الوقاية أو العلاج يكونون بطيئين في استخدامها. لذا فإنه من غير الواقعي الاعتماد على حساب فردي إيجابي للتكلفة مقابل الفائدة للعلاج بالناهضات الأفيونية من قبل الأشخاص الذين ستتم معالجتهم. خلافاً لذلك، يؤدي عدم خفض كل الحواجز اللوجستية إلى نتائج عكسية. في سياق ما يسمى بسياسات الحد من المخاطر والضرر، يشير هذا المنطق أيضاً إلى مفهوم "العتبة المنخفضة".

إذا كان من السهل على مراقب خارجي أن يفهم أن الشخص المعالج سيحقق وفورات مقارنةً بالموارد التي ينفقها على شراء المواد غير المشروعة، فإن هذا المنطق غير معناد للأفراد المعانين من سلوك إدماني. وتتفاقم هذه الظاهرة بسبب ارتفاع الأسعار الحالية للأدوية الناهضة الأفيونية، ناهيك عن أسعار عناصر العلاج الأخرى، مثل الاستشارات النفسية أو الرعاية الجسدية. فمن غير الواقعي أن نأمل أن تكون إضافة الأعباء المالية على عاتق الأشخاص الذين ستتم معالجتهم استراتيجية صحيحة تحثهم على المشاركة. بل على العكس قد يتسبب وجود حواجز مالية على عاتق الشخص الذي ستتم معالجه تأخيراً في الدخول إلى العلاج. ينطبق هذا أيضاً على الأشخاص الذين يمتلكون الموارد اللازمة، ولكن عليهم مثلاً تعبئة أطراف ثالثة في مسعاهم (الزوج أو الأسرة أو الوصي أو القيم، إلخ) أو إطلاق إجراءات إدارية للدخول إلى العلاج عملياً.

قد تؤدي إزالة الحدود المالية إلى تسهيل مراعاة السرية

تفرض قيود التأمين الصحي المعتادة الكشف عن هويتك وبياناتك الصحية إلى أطراف ثالثة. وبالتالي، فإن وجود آليات محددة لإزالة العتبات المالية قد يساعد أيضاً في تعزيز السرية. كما ذكرنا من قبل، تشكل هذه الآليات عنصراً حاسماً في الوصول إلى الرعاية بالنسبة لفئات اجتماعية قد تتعرض للوصم والتمييز، وغالباً ما تكون هذه الفئات الاجتماعية في نزاع مع مختلف السلطات أو ببساطة مع محيطهم. وبالعكس، يمكن محو الفوائد المتوقعة لإزالة العتبات المالية إذا ترافق ذلك مع أعباء إدارية إضافية تضر بالحفاظ على السرية.

يتم التعويض عن تكاليف العناية العامة أو شبه العامة للعلاجات بالناهضات الأفيونية إلى حد كبير

لقد رأينا في قسم "الأثار على الصحة العامة والسلامة العامة" (1.5.3) أن غياب العلاج يؤدي إلى تكاليف اجتماعية كبيرة على المجتمع، وأنه حتى في أكثر الافتراضات تحفظاً، تؤدي العلاجات بالناهضات الأفيونية إلى تحقيق وفورات كبيرة في التكاليف المباشرة (خاصة تكاليف الخدمات الاجتماعية والقضائية) والتكاليف غير المباشرة (خسائر الإنتاجية للفرد ومحيطه) والتكاليف غير الملموسة (فقدان نوعية الحياة). ومن المرجح بالتالي أن تؤدي إزالة الحواجز المالية التي تحول دون الوصول إلى الأدوية الناهضة الأفيونية إلى تحقيق وفورات للدولة، على الرغم من الزيادة القطاعية.

كما ينبغي التذكير بأن الأدلة قد أظهرت أن ارتفاع عرض العلاجات بالناهضات الأفيونية لم تقلل من الطلب على المساعدة لوقف الاستهلاك والعلاج على سعر يومي تقترب قيمتها من سعر الدخول إلى المستشفى ليوم على العموم، ويبقى ذلك دون تكلفة الاحتجاز، بغض النظر عن الأمور الأخرى التي يجب مراعاتها لحساب التكلفة.

في المجتمعات العلاجية. لكن حتى هذه العلاجات "السكنية" القائمة على سعر يومي تقترب قيمتها من سعر الدخول إلى المستشفى ليوم على العموم، ويبقى ذلك دون تكلفة الاحتجاز، بغض النظر عن الأمور الأخرى التي يجب مراعاتها لحساب التكلفة.

4.2.3 الرقم 3: المتابعة وتقديم المشورة للسلطات من قبل هيئة استشارية وطني

الحالة المرغوبة

بناءً على ولاية واضحة ومحددة، تتحمل هيئة وطنية استشارية مسؤولية مراقبة أداء نظام رعاية الاضطرابات المتعلقة بالمواد الأفيونية وتقديم المشورة للسلطات العامة. وتسعى على وجه الخصوص إلى تحديد الحواجز التي تعيق الحصول على الرعاية وإزالتها. وفي هذه الحالة، يمكن أن تستند هذه الهيئة إلى هيكل وتنظيم جهاز قائم.

تضم الهيئة ممثلين عن الأشخاص المعنيين بشكل مباشر بالاستخدام غير الطبي للمواد الأفيونية والأخصائيين في العلاج والوقاية والباحثين بالإضافة إلى الإدارات المختصة بسياسات الصحة العامة ونظام الرعاية والسلطات الإشرافية للأخصائيين في مجال الصحة ووكالة الأدوية والمختبرات الصيدلانية وأي جهة أخرى معنية وفقاً للسياق الوطني.

لتأدية مهمتها، تعتمد الهيئة على نتائج البحوث، وتحصل على الإحصائيات والمعلومات ذات الصلة، وتتأكد من تلقي ردود فعل منتظمة ناجمة عن الممارسة.

يضمن موقعها المؤسسي موارد كافية خاصة بها، فضلاً عن الاستقلالية في التعبير وتحديد جدول أعمالها. وتخضع نتائج عملها لمبدأ الشفافية.

الحجج الرئيسية

تبرير الخصائص المميزة للعلاج بالناهضات الأفيونية وجود هيئة مخصصة لذلك

إذا كان اعتبار متلازمة الاعتماد الأفيوني كمرض يستدعي جهداً عاماً لتوحيد أنظمة العلاج، يواجه فعلياً هذا المرض عوائق متعددة (مثل العقبات المؤسسية والعقبات المتعلقة بالتكاليف التي تتحملها الدولة أو عدائية مقدمي الرعاية و / أو السكان تجاه الأشخاص الذين يستخدمون المؤثرات النفسانية). إن هذه الحواجز أعلى من تلك التي تعوق علاج معظم الأمراض والاضطرابات الأخرى. تسعى الهيئة الاستشارية إلى دعم العملية التي من شأنها أن تسهم في توحيد العلاج للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات مرتبطة بالسلوك الإدماني. وعندما يتم الوصول إلى هذا الهدف - أي عندما يكف علاج متلازمة الاعتماد عن التعرض للعقبات المذكورة - يصبح من الممكن دمج مهام الهيئة ضمن هيئات أخرى أو خدمات حكومية، مثل ما يتم للأمراض أخرى أو مجموعات من الأمراض.

تتمتع هيئة استشارية وطنية بقدرة أكبر من خدمات الدولة العادية على جمع الخبرات الضرورية

يقال في بعض الأحيان أن هذه الهيئة غير ضرورية لأن خدمات الدولة تقوم بالفعل بالمهام المعنية، ما يجعلها زائدة عن الحاجة ومتكررة.

على خلاف خدمة الدولة، المسؤولة عن جانب معين من الموضوع، فإن مثل هذه الهيئة متعددة التخصصات ومشاركة بين المؤسسات تتمتع بمنظور أوسع وتدمج أبعادها المختلفة.

ويؤدي اختيار منح الاختصاصات الموكلة إلى الهيئة الاستشارية إلى خدمة حكومية معينة إلى أن تصبح الدولة حكماً وطرفاً في مجال ترتفع فيه مخاطر تضارب المصالح. في الواقع، إن الخدمات الإدارية المسؤولة عن الوقاية والرعاية والتأمين الاجتماعي والقمع ومراقبة الأدوية، إلخ، غالباً ما تخضع للتوتر لأنها تمثل مصالح متباينة. تتمتع الهيئة الاستشارية، بحكم تعريفها، بمجال أوسع للمناورة وحرية التعبير ويمكنها التعبير عن وجهة نظر قد تكون مخالفة لتفضيلات إدارة ما.

كما تكون الهيئة، وفقاً لما هو مقترح في المبادئ التوجيهية، مسؤولة أيضاً عن رؤية طويلة الأجل. وبذلك تعد من حيث المبدأ أكثر استقلالية عن التقلبات السياسية التي تخضع لها خدمات الإدارة العامة. بالإضافة إلى ذلك، قد يؤدي تغيير الحكومة إلى تغييرات كبيرة في الإدارات المعنية بقضايا الاعتماد، ما يؤدي إلى فقدان المهارات والدراسة.

تسهل الهيئة الاستشارية الوطنية الحوار بين أصحاب المصلحة وتعزز سياسة ممتاسكة

بما أن الهيئة الاستشارية تعتبر متعددة التخصصات ومشاركة بين المؤسسات، وتجمع بين الخبراء والموظفين الحكوميين المتخصصين للغاية، فإنها تفتح المجال للحوار بين أشخاص لا تتسنى لهم الفرصة أبداً للالتقاء. ويتيح الجمع بين هذه المهارات تطوير نظرة عامة شاملة وحديثة لقضية الاعتماد. على خلاف ذلك، إن خدمات الدولة مسؤولة عن مجال معين (مثل السياسة الصحية للأدوية والتأمين الاجتماعي والنظام العام والملاحقة القضائية، إلخ) ولا تتاح لها الفرصة لتطوير نهج شامل ومتناسك.

إلا أنه من المحتمل أن تؤدي سياسة الدولة الخاصة بالسلوك الإدماني والقائمة على المعرفة الجزئية أو المتحيزة أو القديمة إلى نتائج مخيبة للأمل. إن المعرفة المتعمقة التي يتمتع بها كل ممثل عن قطاع حول تأثيرات محتملة ناتجة عن التدابير المتوخاة تُعتبر هامة جداً لضمان اتساق رصد تنفيذ هذه التدابير.

إن وجود هيئة محددة يحفز أصحاب المصلحة ويجمعهم

كما تتيح مثل هذه الهيئة تحفيز المهنيين الذين يعالجون الأشخاص المصابين بمتلازمة الاعتماد، ما يوفر نقطة اتصال واحدة وسهولة للمهنيين الذين يواجهون ظواهر جديدة تتطلب استجابات جديدة. في ظل غياب مجموعة من الخبرات المتداخلة، غالباً ما يصعب على طرف فاعل في قطاع معين العثور على المحاور المناسب لتطوير القضايا الناشئة. في الوقت نفسه، قد يشارك الطرف الفاعل في الهيئة الاستشارية، إما كعضو خبير أو كخبير من طرف ثالث، لمساعدتها بشكل محدد. وبالتالي، يمكن أن تساعد الهيئة الاستشارية في حشد قوى من مختلف المجالات حول مشروع موحد، مع تعبئة المنظمات المهنية أو المشتركة بين المهن على وجه الخصوص. بالإضافة إلى ذلك، تشجع عادة هذه الهيئة التنسيق والتعاون الدولي، حيث يتسنى للخبراء (بما في ذلك الخبراء الطبيين) التبادل خلال المؤتمرات الدولية. قد يشارك موظفو الدولة بالطبع في مثل هذه الندوات، لكن فعلياً يكون ذلك نادراً.

تولد الهيئة الاستشارية الوطنية وفورات كبيرة

يزعم البعض أن مثل هذه الهيئة ستكون مكلفة للغاية، خاصة بالنسبة للبلدان ذات الموارد المحدودة.

وفقاً لكل حالة، ليس من الضروري إنشاء هيئة جديدة، في حال تواجد هيكل قادر على قبول مثل هذه الولاية.

ولا تزال تكلفة الهيئة المستقلة منخفضة لأنها تجمع عدد محدود من الخبراء الذين يتم تفويضهم بشكل محدود للاجتماعات (و غالباً ما تتم إعارتهم من قبل إداراتهم، إذا كانوا عاملين في الخدمة العامة). وعادة ما تقتصر القوى العاملة الدائمة لمثل هذه الهيئة على أمانة علمية تتكون من موظف واحد أو موظفين يعملان بدوام جزئي. لذا فإن التكلفة الإجمالية منخفضة. وعلى سبيل المقارنة، عادة ما تظل التكلفة أقل بكثير من التكلفة الإجمالية لاحتجاز شخص واحد لمدة عام واحد.

لذا فإن هذه الهيئة تولد في المقام الأول مدخرات، عن طريق تحسين النظام، مثلاً من خلال تعزيز تنفيذ عدد من التوصيات المحددة في هذا التقرير. وللأسباب التي سبق ذكرها حول إزالة الحواجز المالية، فإن إمكانية تحقيق الوفورات كبيرة.

الجدول 3 - المعايير التي يتعين النظر فيها من أجل الأداء السليم للهيئة الاستشارية الوطنية

الاستقلالية ومعايير التعيين والعضوية	يجب تعيين أعضائها على أساس مهاراتهم وخبراتهم العملية، وليس على أساس سياسي (تمثيل حزبي)؛ ولا يجوز للوحدة الإدارية التي تكون أمانة الهيئة تابعة لها أن تصدر تعليمات ملزمة، خاصة فيما يتعلق بجدول الأعمال
استقرار الأعضاء	عند تعيينهم، يخدم الأعضاء لمدة عدة سنوات ولا يمكن للدولة إلغاء هذا القرار لأسباب تتعلق بالاعتبارات القطاعية.
تعددية التخصصات ونظرة مشتركة بين المهن	على الهيئة أن تكون متعددة التخصصات؛ ويجب جمع الفروع التالية: الطب وعلم النفس والتمريض والأخلاقيات والقانون؛ كما يجب أن تشمل المجالات الممثلة الرعاية والبحوث والتكوين والوقاية. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تتضمن الهيئة أشخاص معنيين بشكل مباشر أو غير مباشر بالموضوع الذي يتم تناوله (مثل الأشخاص الذين يتم علاجهم أو محيطهم).
الرئاسة (الرئيس ونائب الرئيس)	يجب إسناد هذه المهام إلى شخصيات تتمتع بتقدير كبير في المجال المشترك بين المهن.
ولاية محددة بشكل جيد	يجب أن تكون الولاية واضحة ومكتوبة؛ مع تحديد الإطار الزمني..
الاستعانة بطرف ثالث	على الهيئة الاستعانة بخبراء خارجيين عندما لا تتمتع بالخبرات داخلياً.
الموارد البشرية	يجب أن تتمتع الهيئة بالموارد اللازمة، وخاصةً أمانة علمية.
وعي الأمانة	يجب أن تكون الأمانة متصلة بهيئة حكومية في مجال الصحة العامة.
الشفافية	على الهيئة أن تنشر أعمالها بشكل منتظم..

4.2.4 الرقم 4: مصطلحات محايدة ودقيقة ومحترمة للأفراد

الحالة المنشودة

إن المصطلحات المستخدمة لوصف متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية والأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب والأشخاص الذين تتم معالجتهم والأخصائيين وأماكن الرعاية والأدوية المستخدمة محايدة ودقيقة ومحترمة للأفراد. كما يجب أن تصف الحقائق بطريقة لا لبس فيها وتستند إلى المعرفة العلمية وتحترم شخصيات الأفراد المعالجين ومحيطهم الشخصي والمهني، وذلك لمنع التحيز والوصم والتمييز.

بما أن مصطلح „البديل“ غامض من حيث طبيعة ودور الأدوية الناهضة الأفيونية، فيتم تجنبه وتستخدم مصطلحات أخرى تتمحور حول جوانب الدواء.

وحتى لو أخذت المصطلحات التوصيات والممارسات المعمول بها على المستوى الدولي بعين الاعتبار، فيجب أن تتكيف مع كل مجموعة لغوية و / أو منطقة إقليمية ويجب بالتالي أن تكون قادرة على الاعتماد على نقاش مستمر يشارك فيه مهنيو الصحة والمجتمع المدني والأفراد الخاضعين للعلاج والسلطات المختصة. يعزز هذا النقاش الحوار بين مختلف الاختصاصات المعنية في مجال السلوك الإدماني.

الحجج الرئيسية

إن مصطلح „البديل“ أو „العلاج البديل“ الشائع الاستخدام غامض.

يوحي مصطلح „البديل“ حرفياً إلى „استبدال دواء يُسمى „غير قانوني“، أي مادة خاضعة للمراقبة بما يسمى دواء „قانوني“، أي يتم تسليمه تحت رعاية السلطات العامة في إطار مخصص“ (المكتب الاتحادي للصحة العامة، 2017). كما كرست لغات أخرى فكرة العلاج „البديل“، باستخدام مصطلحات مثل „replacement“ باللغة الإنجليزية أو „Ersatz“ باللغة الألمانية. كما نجد في الدراسات التي أجريت في الثمانينيات „distribution cont-rôle“ (التوزيع المراقب)، „médicalisée“ (الطبي) أو غير الطبي، (Mino, 1990) “remise médicalisée” (التسليم الطبي) أو مؤخراً مفهوم „medication assisted treatment“ (العلاج بمساعدة الأدوية)، (منظمة الصحة العالمية، 2009). وقد ارتبط مصطلح „البديل“ أحياناً بالممارسات غير الطبية التي تهدف إلى التصدي لآثار النقص، بما في ذلك من خلال استخدام مشتقات الكوربين أو الأفيون. وتلى مصطلح „البديل“ مصطلح „الصيانة“ الذي انتشر (Vincent P Dole & Marie Nyswander, 1965) في نهاية الستينيات. لقد ارتبطت بشكل تدريجي بمصطلح „العلاج“ وشاع استخدامه في العديد من الوثائق المؤسسية والعلمية، خاصةً تحت اختصار TSO (traitement de substitution aux opioïdes, OST باللغة الإنجليزية) أو TBS (traitement «basé» sur la substitution). ولا يزال يرد في العديد من النصوص التي نشرتها الوكالات المرجعية الحكومية الدولية مثل المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان أو منظمة الصحة العالمية.

لقد أصبح مع مرور الزمن مصطلح „العلاج بمواد بديلة لأثر الأفيون“ (TSO)، الذي كان موضوع جدل طويل بالنسبة للجهات الفاعلة المشددة على وقف كل استخدام للمواد الأفيونية مع أو من دون وصفة طبية، أحد رموز نجاح سياسات الحد من المخاطر والأضرار. وكذلك اكتسب مصطلح „العلاج بمواد بديلة لأثر الأفيون“ صدى إيجابي يقلل من وصمة العار التي قد تكون مرتبطة به. على الرغم من ذلك، ينقل هذا المصطلح فهماً خاطئاً بين عامة الناس يقوم على استبدال „مخدرات الشارع“ بـ „مخدرات الدولة“.

كما أن ربط مصطلح „علاج“ مع مصطلح „بديل“ لا يكفي لتوضيح طبيعة „العلاجات“ الدوائية المشار إليها. يتم وصف الأدوية الناهضة الأفيونية في إطار ترخيص من وكالات الأدوية، بعد إجراء دراسات علمية معمقة وعمليات الصيدلة الاحتراسية الآمنة. لكن في مجال متلازمة الاعتماد، ارتبط مصطلح „علاج“ أو „معالجة“ بالعديد من أشكال التدخلات، الطبية وغير الطبية، التي تستند إلى المناهج الأخلاقية أو الدينية أو القمعية (انظر أيضاً الفصل 1.4)، والموجهة نحو تغيير السلوكيات المرتبطة بالاستهلاك، بدلاً من „العلاج“ بمعنى التحسن من حيث المؤشرات الصحية. وبالتالي فإن مفهوم „العلاج البديل“ يحمل في طياته مخاطر عدم فهمه بشكل واضح كـ „علاج بالأدوية“. ويوضح تفشي الوفيات في أمريكا الشمالية مؤخراً المرتبط باستخدام المواد الأفيونية هذا الفهم الخاطئ في النقاش العام حول أسبابه، ويميل إلى الخلط بين المواد الأفيونية الموصوفة والمواد الأفيونية المسربة من الوصفات الطبية (Scholten, 2017).

بالنسبة للتدخل السريري غير المتخصص، يستخدم مصطلح „البديل“ بشكل شائع للتغلب على آثار النقص و / أو الانزعاج، بالإضافة إلى التمييز بين „المادة الخاضعة للرقابة المستهلكة في بيئة غير طبية“ و „الدواء الخاضع للرقابة والموصوف على أساس أهداف سريرية فردية“. لكن يجب النظر في الآثار الأخرى غير منع حدوث بعض الأضرار واستبدال جزئي بآخر (Samet & Fiellin, 2015). يتفاقم سوء الفهم هذا بسبب الأدبيات العلمية التي ركزت تاريخياً في المقام الأول على الآثار على الصحة العامة بدلاً من التأثيرات السريرية الفردية. لبعض المواد الأفيونية تأثيرات محددة مثل الميتادون أو البوبرينورفين التي تقلل أو تقضي على التأثيرات المتعينة لجرعة الهيروين الإضافية. وهناك أيضاً عوامل محددة مثل إطار العلاج (أخذ الدواء في ساعات محددة تحت الإشراف، والجرعات الثابتة والتواصل المنتظم مع المهنيين في بداية العلاج ما يعزز المراقبة الذاتية الموجهة) (انظر أيضاً الفصل 1.5 والمرفق 2).

إذا استخدم مصطلح „بديل“ في سياقات أخرى مثل البنزوديازيبينات أو التبغ أو الكوكايين أو القنب، فهو يغطي حقائق سريرية مختلفة للغاية. فمثلاً في حالة التبغ، تُستخدم „بدائل“ النيكوتين بشكل رئيسي في دعم التوقف أو الوقاية من أعراض النقص عندما تمنع البيئة التدخين مؤقتاً. في حالة البنزوديازيبينات ومشتقات الأمفيتامين مثل الميثيل فينيدات، يتعلق الأمر بصفات طبية بدون تصريح مبنية على التحليل السريري والأخلاقي والفردية. ويمكن أيضاً إدخال مصطلح „البديل“ في المناقشة العامة المتعلقة بالتجارب التنظيمية في بيع القنب لأغراض ترفيهية.

لكل هذه الأسباب، أبدى العديد من الباحثين تحفظات حول استخدام مصطلح „بديل“ واقترحوا بدائل مختلفة. في ضوء أحدث المنشورات العلمية، والمصطلحات التي اعتمدها مشروع وثيقة منظمة الصحة العالمية / مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة بعنوان „المعايير الدولية لمعالجة الاعتماد“ (UNODC & WHO, 2016) ودور الرابطة المهنية (Scholten et al., In press)، احتفظ الفريق العامل لهذا التقرير بمصطلحات „علاج بالناهضات الأفيونية“ (TAO) و „أدوية ناهضة أفيونية“ (MAO).

تؤثر اللغة على وصمة العار التي تعيق الوصول إلى الرعاية

يميل استخدام مصطلحات معينة إلى وضع المسؤولية المترتبة عن متلازمة الاعتماد على المخدرات على أكتاف الشخص المعالج. يؤثر هذا الاستخدام على مفهوم المهنيين الصحيين. وهكذا، أظهر كل من كيلي وويسترهوف (2010) في دراسة عشوائية أن الأطباء الذين رفعوا حالات „الإساءة“ (حرفياً „abus“ باللغة الفرنسية) و „المسيئين“ (حرفياً „abuseurs“ باللغة الفرنسية)، أشاروا إلى أن المسؤولية هي شخصية وقبلوا معاقبة المعتمدين بشكل أسهل من معاقبة الأطباء الذين هم على وعي بـ „اضطرابات استخدام المخدرات“ و بـ „الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات متعلقة بتعاطي المواد“. إن اللغة المستخدمة هي واحدة من العناصر التي تجسد وتعزز التحيزات السلبية ضد الأشخاص الذين يعانون من متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية.

لا تقتصر المفاهيم الناجمة عن المصطلحات المستخدمة على المهنيين. إذ تؤثر الكلمات المستخدمة أيضاً على فهم الجمهور لمتلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية، وتؤدي إلى التحيز ووصمة العار والتمييز والاستبعاد في نهاية المطاف. ونذكر مثلاً الاستخدام الشائع للأسماء „حشاش“ أو „مدمن“ التي تقلل من الشخص المعني وتدل على سلوكه بشكل سلبي. تتم الإشارة إلى حوالي عشرين مثل على المصطلحات المستخدمة الإشكالية في المسرد الوارد في المرفق 1 من التقرير.

إن استبدال الصفات التي تحد الشخص إلى مرضه بتصنيفات أكثر ملائمة للأشخاص هو جزء لا يتجزأ من البرامج الأخرى لمكافحة الوصمة في مجال الصحة العقلية (Clement et al., 2015; Lauber, Nordt, Braunschweig & Rössler, 2006; Phillips & Shaw, 2013; Sun et al., 2014). وقد تبين في مجال اضطراب طيف التوحد أو انفصام الشخصية أن تعميم المصطلحات التي لا تحمل حكم أخلاقي يقلل من التمييز ويسهل الوصول إلى العلاج (Sartorius, 2007).

يساهم إذاً تعميم استخدام تسميات تركز على الفرد كإنسان والتي تصف متلازمة الاعتماد كحالة تؤثر على الصحة والتي تعتبر الأدوية الناهضة الأفيونية كأدوية، في مكافحة التهميش بشكل مباشر والاستبعاد ويعزز الوصول إلى الرعاية.

يشجع استخدام المصطلحات الوصفية والدقيقة والموحدة ظهور مجال معرفي عالمي ومتعدد التخصصات

إن الجهود الرامية إلى تحديد وتوحيد المصطلحات المستخدمة في علاج متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية في كل منطقة لغوية لها تأثير كبير في مجال التكوين المهني والبحث العلمي. ويشجع هذا ظهور مجال معرفي دولي ومتعدد التخصصات، يساهم بدوره من خلال وسائل الإعلام، في ظهور لغة أكثر وصفية وأكثر حيادية ودقة من قبل مستخدمي نظام الرعاية الصحية والمهنيين المعنيين بشكل محدود وأخيراً من قبل عامة الناس.

غير أن مدى ملائمة اختيار معين للمصطلحات لا يمكن أن يكون مطلقاً إذ إنه يعتمد على المرسل والمستقبل (انظر أيضاً المرفق 1 من التقرير). ينطوي ذلك على الاختلافات بين مختلف المجموعات الفرعية والشبكات المهنية. وتنطبق هذه الصعوبة بشكل خاص على اللغات التي يتحدث بها عدد كبير من المتحدثين، كاللغات الرسمية للأمم المتحدة (الإنجليزية والفرنسية والعربية والصينية والإسبانية والروسية)، وتسمح بفهم الجهود المبذولة على المصطلحات من حيث العمليات والنتائج النهائية: يؤدي إطلاق ومواصلة نقاش حول المصطلحات من دون أهداف معيارية دقيقة إلى بروز مفاهيم غالباً ما تكون ضمنية تسود لدى مستخدمي هذه الكلمات. في مرحلة ثانية، يعد فتح مناقشات منظمة عبر هيئات الحوار لمختلف أصحاب المصلحة جزءاً من ديناميكية إيجابية متعددة التخصصات، تكون ملائمة لقوائم جرد منتظمة للشروط المتقادمة و / أو الإشكاليات في الوثائق التنظيمية. ونظراً للصلات المباشرة وغير المباشرة بين اختيارات المصطلحات والعلوم والصحة، يبدو أن تعزيز مثل هذه المناقشة يرتبط في نهاية المطاف ارتباطاً وثيقاً بالالتزامات الإيجابية للدول فيما يتعلق بالوصول إلى الرعاية بشكل عام والوصول إلى العلاج بالناهضات الأفيونية بشكل خاص.

5. التطبيق في السياقات الوطنية

(هذا الجزء متوفر باللغتين الفرنسية والإنجليزية على موقع مجموعة بومبيدو)

المرفقات

A1. الاختصارات، اختيار المصطلحات والمسرد

الاختصارات

English	Français	العربية		
Marketing authorization System	MAS	Autorisation de mise sur le marché	AMM	ظام منح تراخيص التسويق
Access to Opioid Medication in Europe, WHO project	ATOME	Accès aux médicaments opioïde en Europe, projet OMS	ATOME	مشروع منظمة الصحة العالمية لإتاحة المعالجة بالأدوية الأفيونية في أوروبا
Study on the Development of an EU Framework for Minimum Quality Standards and Benchmarks in Drug Demand Reduction	EQUS	Étude sur le Développement d'un cadre européen pour des normes de qualité minimales et des points de référence concernant la réduction de la demande de drogues	EQUS	دراسة حول تطوير إطار للاتحاد الأوروبي لمعايير الجودة ومعايير خفض الطلب على المخدرات
Institute of comparative law (University of Neuchâtel)	IDS	Institut de droit de la santé (Université de Neuchâtel)	IDS	معهد القانون الصحي (جامعة نوشاتل)
Swiss Research Institute for Public Health and Addiction (Zurich)	ISGF	Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung / Institut suisse de recherche sur la santé publique et les addictions (Zurich)	ISGF	معهد البحوث السويسري في الصحة العامة والإدمان (زوريخ)
Opioid agonist medicine(s)	OAM	Médicament(s) agoniste(s) opioïde(s)	MAO	أدوية ناهضة أفيونية
Pompidou Group's Mediterranean network for co-operation on drugs and addictions, COE (Strasbourg)	MedNET	Réseau méditerranéen de coopération sur les drogues et les addictions du Groupe Pompidou, CE (Strasbourg)	MedNET	الشبكة المتوسطية للتعاون في مجال المخدرات والإدمان التابعة لمجموعة بومبيدو، مجلس أوروبا (ستراسبورغ)
Drug-related infectious diseases, 1 of 5 key epidemiological indicators, EMCDDA	DRID	Maladies infectieuses liées aux drogues, 1 des 5 indicateurs épidémiologiques clés, OEDT	DRID	الأمراض المعدية المتعلقة بالمخدرات، واحد من 5 مؤشرات وبائية رئيسية، المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان
Drug-related deaths and mortality, 1 of 5 key epidemiological indicators, EMCDDA	DRD	Mortalité liée à l'usage de drogues, 1 des 5 indicateurs épidémiologiques clés, OEDT	DRID	الوفيات المتعلقة بتعاطي المخدرات، واحد من 5 مؤشرات وبائية رئيسية، المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Lisbon)	EMCDDA	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (Lisbonne)	OEDT	المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان (لشبونة)
Federal Office of Public Health (Bern)	FOPH	Office fédéral de la santé publique (Berne)	OFSP	المكتب الاتحادي للصحة العامة (بيرن)
World Health Organization (Geneva)	WHO	Organisation mondiale de la santé (Genève)	OMS	منظمة الصحة العالمية (جنيف)
International Narcotics Control Board (Vienna)	INCB	Organe international de contrôle des stupéfiants (Vienne)	OICS	الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات (فيينا)
Non-Governmental Organization	NGO	Organisations non gouvernementales	ONG	منظمة غير حكومية
United Nations Organization	UNO	Organisation des Nations unies	ONU	منظمة الأمم المتحدة
Prior Authorization System	PAS	Régimes d'autorisation préalable	RAP	نظام إصدار أذونات مسبقة
Summary of Product Characteristics (or SmPC)	SPC	Résumé des caractéristiques du produit/informations professionnelles	RCP/IP	ملخص عن خصائص المنتج / المعلومات المهنية
European information network on drugs and drug addiction, EMCDDA project	Reitox	Réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies, projet OEDT	Reitox	شبكة المعلومات الأوروبية للمخدرات والإدمان
Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment	SBIRT	Repérage, intervention brève et orientation au traitement	SBIRT	الرصد والتدخل السريع والإحالة إلى العلاج
Acquired Immune Deficiency Syndrome	AIDS	Syndrome d'immunodéficience acquise	Sida	متلازمة نقص المناعة المكتسب، الإيدز
Opioid agonist therapy	OAT	Traitement agoniste opioïde	TAO	علاج بالناهضات الأفيونية
Opioid dependence treatment	ODT	Traitement de la dépendance aux opioïdes	TDO	معالجة الاعتماد على المواد الأفيونية
European Union	EU	Union européenne	UE	الاتحاد الأوروبي
Slow-release oral morphine	SROM	Morphine orale à libération prolongée	SROM	مورفين فموي بطيء الانبعاث
Hepatitis C Virus	HCV	Virus de l'hépatite C	VHC	فيروس التهاب الكبد سي
Human Immunodeficiency Virus	HIV	Virus de l'immunodéficience humaine	VIH	فيروس نقص المناعة البشرية

اختيار المصطلحات

يقوم المسرد على افتراض أن اختيار واستخدام الكلمات يسهم في توجيه الانطباع والتصور الذي نكوّنه عن الأشياء والحقائق والتجريدات المشار إليها من خلال الكلمات. وينطبق ذلك على المهن الطبية عند القيام بالرعاية الصحية، والاضطلاع ببرنامج أو بخدمة ما وكذلك من خلال تسيير الإدارات التي تدير النظم الصحية الوطنية. هذا وتحدد المصطلحات المفاهيم وتعكس مواقف المتكلم/المتكلمة، كما ويؤدي اختيار المصطلحات المثلى إلى علاجات مثلى. وللتواصل بطريقة مهنية، ينبغي أن تكون المصطلحات المختارة محايدة وتحترم الإنسان، ولكن للأسف، في مجال علاج متلازمة الاعتماد يتم إساءة استخدام هذا المبدأ الأساسي.

من الأمثلة الملموسة لتوضيح هذه الصعوبة نأخذ مصطلح „الارتهان البدني“ الذي سحبه منظمة الصحة العالمية من معجمها في عام 1989 بسبب صعوبة تعريفه، ولكن لا يزال يستخدمه العديد من المهنيين العاملين في مجال الصحة على الرغم من أنه لا يعكس بحد ذاته حقيقة فقدان السيطرة ومواصلة سلوكيات معينة دون النظر إلى العواقب. وفي واقع الأمر، على مدار ما يقرب من 25 عاماً، يشير „الاعتماد“ إلى „متلازمة الاعتماد“ التي يحددها وجود عدة أعراض منها الآثار المترتبة على الانسحاب والتحمل، ولكنها ليست ضرورية ولا كافية لاعتماد هذا التشخيص. وعليه كيف نفسر مثل هذا التناقض في المصطلحات إلى جمهور غير مختص في مجال الصحة مثل الجهات السياسية الفاعلة؟ فمن أصل „متلازمة الاعتماد“ سوف يعلق في أذهانهم مصطلح „الاعتماد“ ومنها سيعودون إلى فكرة „الارتهان البدني“. عندئذ سوف يتصرفون بناء على ذلك، حتى وإن تطلب الأمر تعزيز تدابير غير ملائمة تؤثر بشكل خطير على الحصول على الأدوية اللازمة في الحالات الضرورية.

ومن الأمثلة الأخرى نأخذ مصطلح „العلاج البديل“، وهو يشير إلى استبدال مؤثرات نفسانية غير مشروعة بمواد لها آليات عمل مماثلة، ولكنها متوفرة „بشكل قانوني“ من قبل مؤسسات الدولة. ويعلم المختصون أن هذا التفسير خاطئ تماماً وذلك لأن الدواء „البديل“، حتى وإن كان ينتمي إلى نفس فصيلة المواد الأفيونية إلا أنه يستخدم بطرق مختلفة وعلى فترات متغيرة، كما يقوم على خصائص أفيونية تخدم أغراض مختلفة. وعليه فإن مصطلح „البديل“ له تصورات عامة غير دقيقة علمياً وطبياً. ومع ذلك، فإنه لا يزال يستخدم على نطاق واسع، بما في ذلك في المجلات العلمية ذات أرفع المستويات.

المسرد أدناه متاح في اللغتين الأصليتين التي ورد فيهما وهما الفرنسية والإنجليزية. لذا ما لم يُذكر خلاف ذلك فإن الكلمات المدرجة في المسرد والمترجمة إلى لغات أخرى هي كلمات تأثر اختيارها ضمنياً بهاتين اللغتين. ومع ذلك، فإن الدلالات لا تعتمد فقط على اللغة بل أيضاً على المناطق والأزمنة والثقافة التي وردت فيها هذه المصطلحات. فمثلاً قد يكون المرادف الحرفي لكلمة فرنسية محترمة في مدينة ما له معنى سلبي في مدينة أخرى. كما ستصبح المصطلحات المقبولة البارحة غير صالحة غداً وبهذا ينبغي إعادة النظر فيها في ظل تغير المفاهيم. وفي هذا الإطار، فإن المسرد هو مجرد جهد مبذول في زمن ما يتعين إعادة تقييمه بشكل مستمر من قبل الأشخاص المعنيين بشكل مباشر أي الأشخاص الذين يستخدمون المؤثرات النفسانية ومحيطهم.

المسرد

<p>منح تراخيص التسويق هو شرط أساسي إلزامي لأي تسويق للمستحضرات الصيدلانية وذلك بعد تقييم جودة وسلامة وفعالية هذا المستحضر. وفي العديد من البلدان، من الضروري أيضاً الحصول على الترخيص قبل التسجيل لاسترداد المبالغ من التأمين الصحي. عادة ما يتم إصدار التراخيص من قبل الوكالات الوطنية للأدوية ولكن هناك تراخيص تصدر عن وكالة الأدوية الأوروبية (EMA)، وهي مؤسسة تابعة للاتحاد الأوروبي.</p> <p>ويعد الترخيص وثيقة رسمية قائمة على مقررات ومرفقات، بما في ذلك ملخص عن خصائص المنتج (RCP/IP) ونشرة الاستعمال الموجهة إلى المريض.</p>	<p>منح تراخيص التسويق</p>
<p>الاتفاقيات الدولية المتعلقة بمراقبة المواد ذات التأثير النفسي: تشير إلى الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961، المعدلة بموجب بروتوكول 1972؛ واتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971؛ واتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988..</p>	<p>الاتفاقيات الدولية المتعلقة بمراقبة المؤثرات النفسانية</p>
<p>تمثل التكلفة الاجتماعية جميع النتائج السلبية المترتبة على المجتمع إثر اضطراب معين، وكذلك النفقات المتكبدة لمنعه أو للتصدي له. على سبيل المثال، تشمل التكاليف الاجتماعية المرتبطة بالتعاطي العلاج الطبي والعلاج السكني والمساعدة على البقاء ونفقات الوقاية والقمع (تكاليف مباشرة)، الانتاج الحالي أو المستقبلي غير المحقق (تكاليف غير مباشرة) بالإضافة إلى تدهور نوعية حياة المعتمدين وأقاربهم (التكلفة البشرية، وتعرف أيضاً باسم التكاليف غير الملموسة).</p>	<p>التكاليف الاجتماعية</p>
<p>مبدأ يقضي بأن الأشخاص المحتجزين أو الخاضعين لقيود أخرى على حريتهم يجب أن يكونوا قادرين على الحصول على رعاية صحية مساوية للرعاية المتاحة للسكان المدنيين بشكل عام.</p>	<p>تكافؤ الرعاية الصحية</p>
<p>تدريب جامعي يتضمن جميع المناهج المطلوبة للتأهيل المهني العام.</p>	<p>التكوين الأساسي للأطباء والصيدالة</p>
<p>البيانات النوعية أو الكمية التي تقدم معلومات عن ظروف أو أداء برنامج أو سياسة عامة.</p>	<p>المؤشر</p>
<p>يعود المصطلح إلى المفهوم الانجليزي „primary care physician” الذي يشير إلى الأطباء الذين يضطلعون بالخدمات الطبية العامة في أماكن الرعاية المجتمعية، مثل العيادات الطبية الخاصة أو في العيادات الخارجية. كما ويطلق على هؤلاء الأطباء أحياناً اسم „طبيب عام” أو „طبيب الأسرة”.</p>	<p>أطباء الإسعاف الأولي</p>
<p>أي مادة أو تركيبية يمكن أن تُعطى لشخص ما لتحقيق تشخيص طبي أو لاستعادة وظائفه الفيزيولوجية أو تصحيحها أو تعديلها.</p>	<p>الدواء / الأدوية</p>

<p>دواء مع ترخيص للتسويق، يحتوي على مادة نشطة أفيونية، يكمن تأثيره الأساسي لدى الفرد الذي تم تشخيصه كعمد على المواد الأفيونية، في وقف أو تقليل استهلاك المواد الأفيونية، وتقليل مخاطر الجرعة الزائدة وضبط حالته الفيزيولوجية والنفسية. إن الأدوية الناهضة الأفيونية الرئيسية هي الميثادون والبوبرينورفين والمورفين وثنائي أسيتيل المورفين. يندرج استخدامهم عموماً في علاجات متعددة الوسائط، بما في ذلك الرعاية النفسية-الاجتماعية والجسدية. بالإضافة إلى آثارها الأولية، تبين أن توافر هذه الأدوية له آثار على الصحة العامة والسلامة العامة.</p>	<p>أدوية ناهضة مستخدمة في علاج الاعتماد على المواد الأفيونية</p>
<p>دواء مدرج على قائمة تضعها وكالة حكومية أو حكومية دولية تحدد الحد الأدنى من الاحتياجات الطبية لنظام الرعاية الصحية الأساسية، مع إدراج الأدوية الأكثر فعالية والأكثر أماناً والتي تتمتع بأفضل قيمة مقابل المال للظروف الصحية ذات الأولوية. فيما يتعلق بالأدوية الناهضة الأفيونية، يرد الميثادون والبوبرينورفين على قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية.</p>	<p>الدواء الأساسي / الأدوية الأساسية</p>
<p>الدواء الذي يحتوي على مواد خاضعة للمراقبة حسب الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961، المعدلة بموجب بروتوكول 1972؛ واتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971؛ واتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لسنة 1988. إن الدوائين الخاضعين للرقابة الأكثر شيوعاً بين الأدوية الناهضة الأفيونية هما الميثادون والبوبرينورفين.</p>	<p>الدواء الخاضع للمراقبة</p>
<p>مادة ذات نشاط دوائي مشابه للمورفين.</p>	<p>المادة / المواد الأفيونية</p>
<p>يشير إلى هدف علاجي بغاية خفض الاستهلاك إلى مستوى أقل من المعايير المطلوبة لتشخيص الاعتماد أو الاستخدام الضار بالصحة (حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية للأمراض)، دون ضرورة إلغاء الاستهلاك.</p>	<p>تخفيض / وقف الاستهلاك</p>
<p>مصطلح يشير إلى الأطر التنظيمية للعلاجات بالناهضات الأفيونية، والتي تتطلب الحصول على إذن مسبق من إدارة أو هيئة طبية حكومية، كي يتمكن الطبيب أو الصيدلي من بدء أو متابعة الوصفة الطبية وإعطاء مثل هذا العلاج. قد يكون هذا الإذن فردياً، أي مرتبطاً بالشخص المعالج أو بالمهني في مجال الصحة، أو قد يكون عاماً ليشمل مكان الرعاية الصحية.</p>	<p>نظام إصدار أذونات مسبقة</p>
<p>مادة كيميائية أو طبيعية تؤثر على الجهاز العصبي المركزي عن طريق إحداث تغييرات في الإدراك أو الإحساس أو المزاج أو الوعي. يمكن تطوير المؤثرات النفسانية كدواء لعلاج الألم وللتخدير، وفي علاج الأرق أو علاج الاضطرابات النفسية المختلفة والاضطرابات المتعلقة باستخدام مثل هذه المواد في بيئة غير طبية.</p> <p>يتمتع المصطلحان القريبان "المؤثرات العقلية" و"المخدرات" بدلالة تاريخية على الرغم من إدراجهما في أنظمة ووثائق وطنية مختلفة. أما مصطلح "المؤثرات العقلية" فيشير من الناحية القانونية إلى المؤثرات النفسانية الواردة في اتفاقية المؤثرات العقلية. ويشير مصطلح "المخدرات" من الناحية القانونية إلى المواد ذات التأثير النفساني الواردة في الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961 بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة 1972.</p>	<p>المؤثر النفساني</p>

<p>مجموعة من الظواهر الفيزيولوجية والمعرفية والسلوكية حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية للأمراض. تعرّف الطبعة العاشرة للتصنيف (ICD-10) متلازمة الاعتماد على أنها تجمع ثلاث من العوارض التالية على الأقل التي تظهر سوياً لمدة شهر واحد على الأقل، أو عندما تستمر لمدة أقل من شهر وتحدث سوياً بشكل متكرر على مدى فترة 12 شهر: (1) رغبة قوية أو شعور بالقهر لتناول المادة، (2) ضعف القدرة على السيطرة على سلوك تناول المادة، (3) حالة انسحاب فيزيولوجي، (4) وجود أدلة على تحمل تأثيرات المادة، (5) التخلي عن ملذات واهتمامات بديلة مهمة أو الإقلال منها بسبب استعمال المادة، (6) الاستمرار في استعمال المادة رغم وجود أدلة واضحة على حدوث عواقب ضارة.</p>	<p>متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية</p>
<p>نسبة السكان المؤهلين للحصول على تدخل ويستفيدون فعلياً من هذه التغطية. فيما يتعلق بالعلاج بالناهضات الأفيونية، يتم تحديد معدل التغطية بناءً على عدد العلاجات الفعلية في منطقة جغرافية محددة بالنسبة لعدد الأشخاص الذين يعانون من متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية في المنطقة الجغرافية ذاتها.</p>	<p>معدل التغطية</p>
<p>الدة ما يكون علاج متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية متعدد الوسائط ومتعدد المجالات يضم وصفة دعادة ما يكون علاج متلازمة الاعتماد على المواد الأفيونية متعدد الوسائط ومتعدد المجالات يضم وصفة دواء ناهض أفيوني دون أجل محدد مسبقاً (للاطلاع على الأهداف للعلاج بالناهضات الأفيونية، راجع القسم 3 من المبادئ التوجيهية).</p>	<p>العلاج بالناهضات الأفيونية</p>
<p>في إطار هذه الوثيقة، يتم تعريف هذا المصطلح على أنه استخدام للمؤثرات النفسانية الخاضعة للمراقبة خارج إطار الوصفات الطبية. يشمل الاستخدام غير الطبي أغراض ترفيهية أو طقوسية وبعض أعمال التطبيب الذاتي التي لا تستند إلى أساس طبي.</p>	<p>الاستعمال غير الطبي</p>

المصطلحات الإشكالية ومشاكل استخدامها و البدائل المقترحة 23

المصطلحات الإشكالية	المشكلة	البدائل / البدائل
السلوكيات الشاذة	ازدرائي وحكمي	عدم استخدام الدواء حسب الوصفة الطبية أو كما ينبغي أنظر أيضاً إلى النص.
إساءة الاستعمال / التعاطي	يتخلله حكم على الشخص والتباس، يشير إلى سوء سلوك متعمد؛ وينفي حقيقة أن اضطرابات استخدام المخدرات هي حالة طبية	الاستعمال غير الطبي أو الاستعمال لتجنب التكرار في النص، يمكن استخدام عبارة "الاستعمال غير الطبي" في البداية ومن ثم اختصارها في "الاستعمال" عند تكرارها في النص لاحقاً. تجدر الإشارة إلى أن "الاستعمال الضار" و"الاستعمال الخطر" و"الاستعمال الترفيهي" و"الاستعمال العرضي" هي مصطلحات تتداخل مع الاستعمال غير الطبي، دون أن تتطابق معه. يمكن استخدامها كبديل فقط تحت ظروف معينة. في حال استخدامها، يجب أن تكون خالية من المواعظ وأن تكون محددة، فمثلاً ينبغي أن يوضح السياق لمن يكون الاستخدام ضاراً ونوع الضرر الذي يحدث. في حال استخدام المصطلح "الاستعمال الترفيهي"، فلا يمكن وضعه على قدم المساواة مع "غير طبي" تلقائياً، لأنه ذلك يعتمد على المادة ويمكن أن يكون مختلفاً حسب الفرد كما ويختلف من مناسبة استخدام إلى أخرى.
مدمن	لا تعد طريقة ليقة لوصف الشخص بشكل إنساني (تحجيم الشخص ضمن صفة واحدة)، يتخللها ازدراء ووصم في ظروف معينة	الشخص الذي يعاني من اضطراب تعاطي المخدرات أو الشخص المعتمد
الإدمان	يتخلله ازدراء ووصم في ظروف معينة يأتي مصطلح الإدمان من اللغة اللاتينية "addicere": أي جعل أحدهم عبداً لشخص ما	الاضطراب ناجم عن تعاطي المواد (وفقاً للتعريف الوارد في الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي DSM-5) (التسمية المحيطة)؛ الاعتماد وفقاً للتعريف الوارد في المراجعة العاشرة للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشكلات الصحية ذات الصلة بها (ICD-10))، أو متلازمة الاعتماد. إن استخدام المصطلحات في أنظمة التشخيص الأخرى مقبول بشرط استخدام المصطلحات على النحو المحدد
المواد المسببة للإدمان	من غير المنطقي استخدامها في ظروف معينة (قارن بما ورد أعلاه)	مركب قد يعزز الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد؛ أو مواد ينجم عن استخدامها الاضطرابات
نظيف أو وسخ (clean vs. dirty) (كنتيجة للاختبار)	يتخلله وصم، ولا يصف نتيجة الاختبار كما أنه حكمي	نتيجة سلبية للاختبار مقابل نتيجة ايجابية
نظيف أو وسخ (clean) (vs. dirty) (لل فرد)	يتخلله وصم للغاية، وفيه حكم على الشخص، إذ لا يتيح التعامل مع الشخص كأي مريض آخر وسيقال ذلك من ثقة الشخص بنفسه ومن فعاليته الذاتية	شخص لا يتعاطى/ يتعاطى المؤثرات النفسانية خارج نطاق طبي
القانون الجنائي (عند الإشارة إلى تشريعات مكافحة المخدرات)	إن ديباجات الاتفاقية الوحيدة للمخدرات واتفاقية الأمم المتحدة بشأن المؤثرات العقلية تقتضي أن الاتفاقيات تعتبر "صحة ورفاهية بشرية" هدفها الأولي. وذلك خلاف القانون الجنائي الذي يهدف إلى تنظيم مقاضاة مرتكبي الجرائم (مثل جريمة القتل التي سئد جريمة بالنسبة للجميع حتى في غياب قانون لمعاقبة مرتكبيها)، أما بالنسبة لقانون المخدرات فهو بدوره ينظم توافر المؤثرات النفسانية. وينتج عن طريقة حظره المختارة ظهور جرائم جديدة تعد ثانوية "فقط". تعد معظم القوانين الوطنية كتطبيق لهاتين الاتفاقيتين ولا تعترزم اللجوء إلى التجريم في المقام الأول، ولكنها تقوم بذلك عند وضع نظم للتأثيرات الصحية.	قانون الصحة يرجى الملاحظة أن هذا المصطلح مرتبط بالمفهوم وليس بالمصطلحات

²³Scholten, W., Simon, O., Maremmanni, I., Wells, C., Kelly, J.F., Hämmig, R., Radbruch, L. (in press). Access to treatment with controlled medicines: Rationalv e and recommendations for neutral, respectful, and precise language. Public Health

المعتمد أو الشخص المعتمد	لا تعد طريقة لبقة لوصف الشخص بشكل إنساني (تجنب الشخص ضمن صفة واحدة)	شخص يعاني من اضطرابات ناجمة عن تعاطي المواد
إزالة السموم	مصطلح مضلل: يبسط معالجة الاعتماد كما لو كان يقوم على تخلص الجسم من المواد فقط	في طور العلاج للاقلاع (أو الحد من التعاطي) عن استخدام المؤثرات النفسانية؛ التقليل؛ تقليص المؤثرات النفسانية المنظم طبياً
المخدر	لغة يكتنفها الغموض خاصة عندما يقصد بها دواء خاضع للمراقبة، فإن الكلمة تتعارض مع الترويج لتوافرها	وفقاً للسياق يمكن اعتماد إما „دواء“ أو „مؤثر نفسي“
متعاطو المخدرات	لا تعد طريقة لبقة لوصف الشخص بشكل إنساني (تجنب الشخص ضمن صفة واحدة) تجدر الإشارة إلى أن تعاطي المؤثرات النفسانية ليس مثل الاعتماد عليها	الأشخاص الذين يستخدمون المؤثرات النفسانية (أو الأشخاص الذين يحققون بمؤثرات نفسانية، إن وجد) تجدر الإشارة إلى أن عبارة „الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات“، إلخ، على الرغم من وضوحها في معظم السياقات، إلا أنها تؤدي إلى الالتباس بطبيعتها.
اتفاقيات مراقبة المخدرات	لتجنب استخدام كلمة „المخدرات“ التي يكتنفها الالتباس، لا يُفضل الإشارة إلى الاتفاقيات بوصفها „اتفاقيات مراقبة المخدرات“ (هذه الاتفاقيات لا تراقب الأدوية)	اتفاقيات لمراقبة المؤثرات النفسانية، أو اتفاقيات مراقبة المواد
„فشل المريض في العلاج...“	ليس المريض من فشل وإنما العلاج	فشل العلاج، أو لم يكن العلاج فعالاً
مادة غير مشروعة	مصطلح مضلل: ليست المادة نفسها غير المشروعة، بل إنتاجها أو بيعها أو حيازتها أو استهلاكها في ظروف معينة في ولاية قضائية معينة	مادة خاضعة للمراقبة تجدر الإشارة إلى أن „الاستخدام غير المشروع للمادة“ قد يكون مصطلحاً صحيحاً
متعاطي، مدمن على المخدرات ومدمن على المنشطات، إلخ	تعابير سلبية ويخللها الوصم	شخص يتعاطي المؤثرات النفسانية أو شخص يعاني من اضطرابات ناجمة عن تعاطي المواد (حسب السياق)
العلاج بالاستعانة بالأدوية	مصطلح مضلل: يشوه طابع هذا العلاج الذي تكون فيه الأدوية هي المحور	علاج، علاج بالناهضات الأفيونية، علاج ناهض للمواد الأفيونية لعلاج الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد
سوء الاستعمال (“misuse”) بالإنجليزية	يعتبر حكمي حتى لو كان ذلك أقل من مصطلح „التعاطي“	انظر أعلاه „إساءة الاستعمال / التعاطي“
المخدرات	مصطلح قديم يشير إلى فئة من المواد عن طريق تأثيراتها الجانبية غير المهمة لبعض أجزاء الفئة. يشير مصطلح „المخدرات“ إلى التأثير الجانبي „المثير للنوم“، ولكن في يومنا هذا يسمى „المنوم“. علاوة على ذلك، بالكاد يكون التنويم من الآثار الجانبية لأي مادة بحسب الاتفاقية الوحيدة، وبالتأكيد ليس التأثير الجانبي الرئيسي للمواد الأفيونية (وهو الإمساك). فضلاً عن ذلك، تعد بعض المواد كمنشطات بموجب هذه الاتفاقية	مؤثرات نفسانية (أو في حالات معينة: مواد أفيونية، منشطات، أدوية أفيونية، مسكنات أفيونية، إلخ) إن استخدام مصطلح „مخدرات“ يُبرر إذا كان يشير إلى قائمة المواد التي تنظمها الاتفاقية الوحيدة للمخدرات، ولكنه عندئذ يكون مجرد معنى لمادة مدرجة في اتفاقية تحدد محتوياتها على هذا النحو وتجردها من معناها وهو „المنوم“
الشبانه الأفيونية	لا يتماشى مع قواعد التسميات الكيميائية يُستخدم المقطع “-ate” للألاح والاسترات	المواد الأفيونية (انظر مسرد WHO Guidelines Ensuring Balance in Controlled Substance Policies للمعاني المتعددة لكلمة „opioid“ أي „مادة أفيونية“)
المتعاطي الذي يشكل مشكلة	مصطلح حكمي	الشخص المصاب بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد (المصطلح المحبذ)؛ أو الشخص المعتمد أو المريض

<p>الانسحاب و / أو التحمل</p>	<p>مصطلح مضلل: يشير عادة إلى أعراض الانسحاب والتحمل، والتي لا تشكل بدورها الاعتماد وفقاً للتعريف المحدد له. وعلى من يتحدث عن „الاعتماد البدني“ أن يخبر المتلقين في الوقت ذاته بأن هذا ليس ارتهاناً. ورغم هذا التناقض، فمن غير المحتمل جداً أن يقبل المتلقون أو حتى أن يفهموا مثل هذه الرسالة. فمن الأسهل بكثير استخدام „التحمل“ و„الانسحاب“ والتوضيح أنه ينبغي تواجد على الأقل واحد من أربعة أعراض أخرى لكي نتحدث عن الاعتماد</p>	<p>الاعتماد البدني</p>
<p>علاج، علاج بالناهضات الأفيونية، علاج ناهض للمواد الأفيونية لعلاج الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد</p>	<p>مصطلح مضلل: يعطي الانطباع للسياسيين وموظفي الخدمة المدنية وغيرهم من الأشخاص العاديين أن هذا العلاج يستبدل „مخدرات الشوارع“ بـ „مخدرات الدولة“، وبالتالي فإن هذه المصطلحات تتصدى لتوفر العلاج</p>	<p>العلاج البديل أو العلاج البديل للمواد الأفيونية</p>

A2. الآثار الدوائية للمورفين

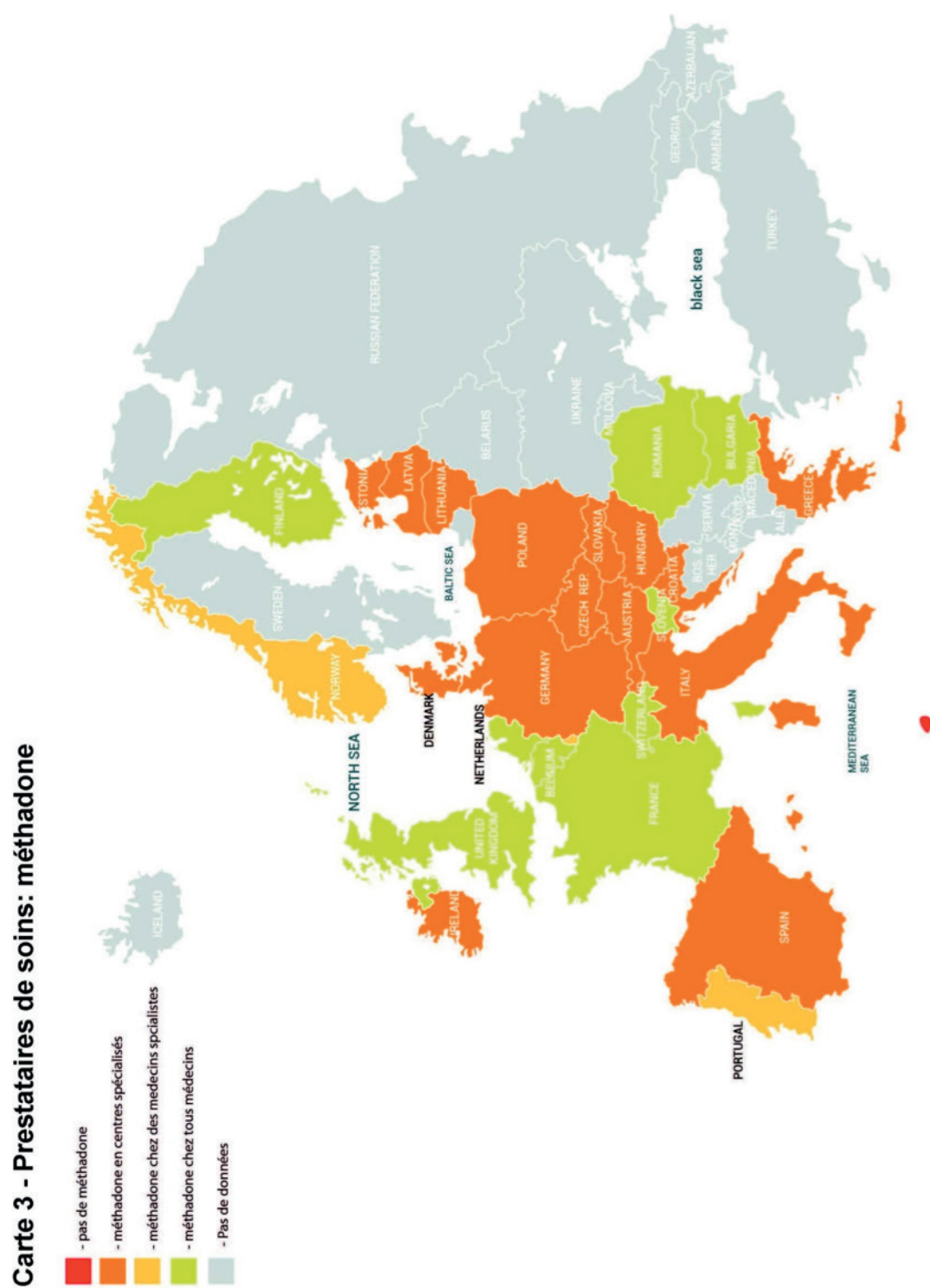
العمل المركزي الرئيسي لتأثير مستقبلات «ميو» الأفيونية (تأثيرات المورفين)

التهدئة	النعاس، الذهول، النوم، والغيوبية. انخفاض الأداء الحركي النفسي. وقد تظهر التشنجات عند تناول جرعات عالية مركزة.
النشوة	الشعور بالنشوة والسرور والرفاهية. هذا وتساهم الفترة القصيرة لتأثير النشوة وكتافتها في التسبب بخطر الإدمان على المواد الأفيونية واحتمال إساءة الاستعمال. ويتفاوت ذلك إلى حد كبير حسب المواد الأفيونية إذا كان احتمال خطر الإدمان عال جداً بالنسبة للهيروين ومنخفضة للغاية بالنسبة للمواد الأفيونية مثل الميتادون أو البوبرينورفين.
التسكين	يساهم المورفين في الحد من العناصر الحسية والعاطفية للألم. كما قد يخفف الألم الحاد والمزمن.
التثبيط التنفسي	يقلل من الحساسية لثاني أكسيد الكربون ونقص نسبة الأكسجين في الدم. كما ويقلل من عدد الأنفاس في الدقيقة ويمكن أن يؤدي إلى انقطاع النفس في نهاية المطاف. تجدر الإشارة إلى أن هذا التأثير يعتمد على الجرعة وهو مسبب رئيسي للوفاة من المواد الأفيونية.
مضاد للسعال	يحد من منعكس السعال.
انقباض الحدقة	انخفاض قطر البؤبؤ ولا يبدل هذا التأثير على التحمل لذا يمكن أن يكون كافياً للكشف عن تعاط مؤخر للمواد الأفيونية (naloxone conjunctival test).
الغثيان والقيء	متكرر جداً عند بداية الاستخدام.
تأثيرات عصبية صماوية	يكبح المورفين إفراز الهرمونات المحررة للجوناوتروبين والكورتيكوتروفين، مما ينتج عنه انخفاض في هرمون المُلوتن وهرمون حث الحويصلات والهرمون الموجه لقشر الكظر (ACTH) والبيتا إندورفين. كما أنه يحفز إفراز الهرمون المضاد لإدرار البول (ADH).
التوتر العضلي	الرمع العضلي هو تأثير جانبي نادر، يتراوح ما بين الوخز الخفيف والتشنج العام.

العمل الهامشي الرئيسي لتأثير مستقبلات ,,ميو” الأفيونية (تأثيرات المورفين)

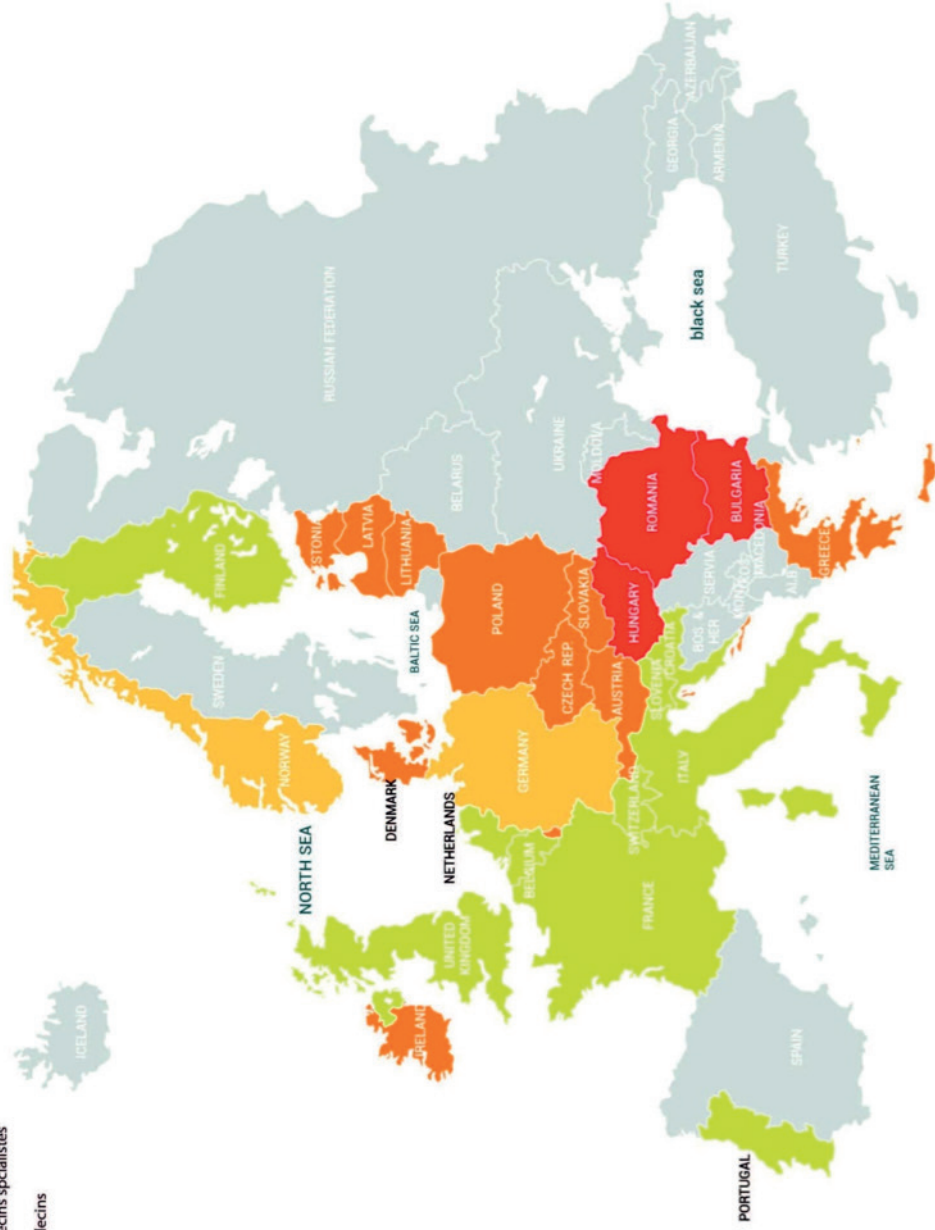
المعدة والأمعاء	انخفاض في الإفراغ المعدي وفي التمعج وانكماش العضلة العاصرة. من ناحية طبية، يرتبط ذلك بالإمساك.
القلب والأوعية الدموية	انخفاض ضغط الدم من خلال تأثيره في المركز المحرك للأوعية وتوسيعها. كما تم الكشف عن حالات بطء القلب المبهم.
إطلاق الهيستامين	الشعور بالحرارة والاحمرار والحكة في الوجه والرقبة وأعلى الصدر.
الكلى	يزيد من توتر العضلات الدافعة للبول.

.A3 توافر المواد الأفيونية الرئيسية الموصوفة لدواعي العلاجات بالناهضات الأفيونية في أوروبا (2016)



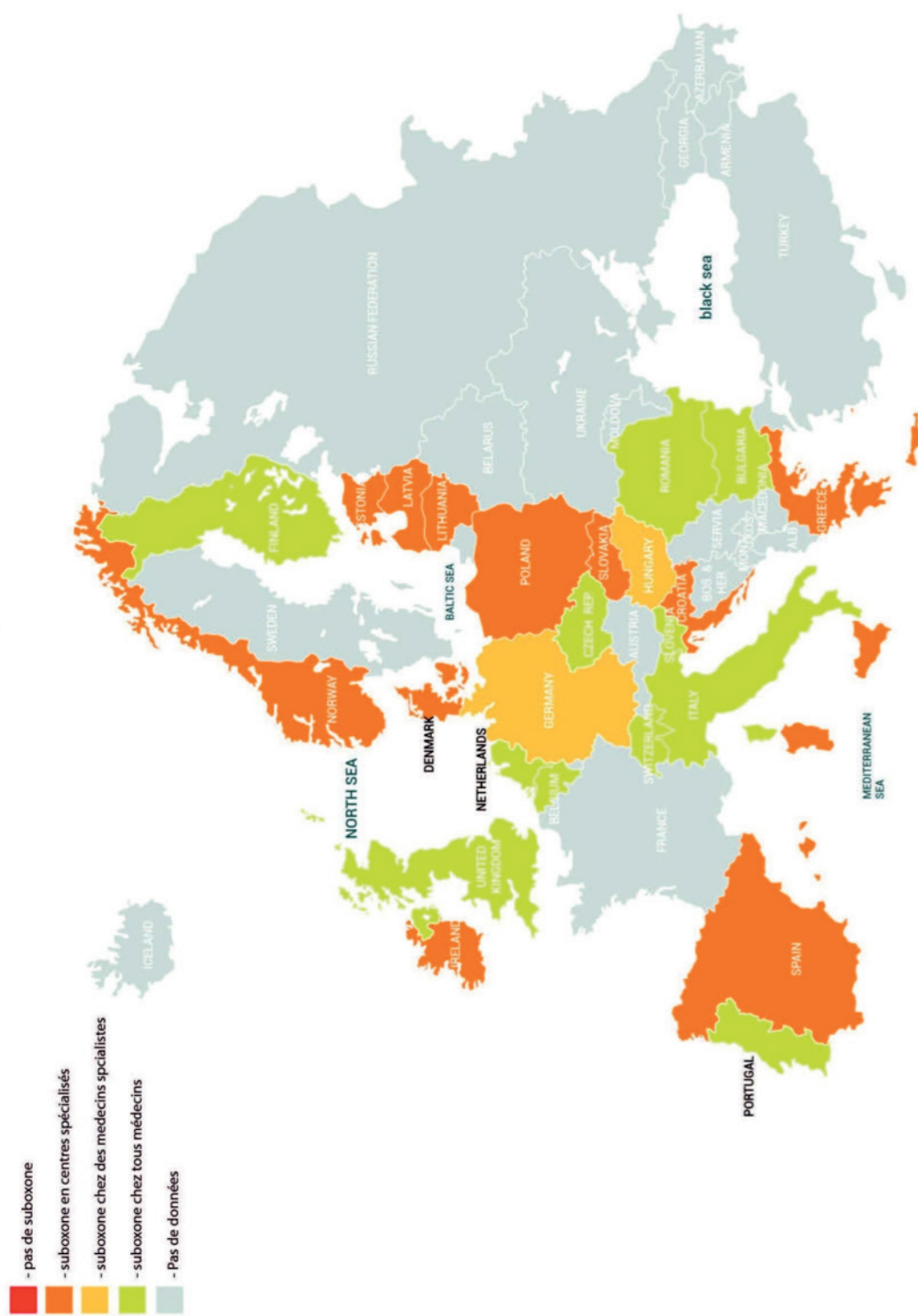
Carte 4 - Prestataires de soins: buprénorphine

- pas de buprénorphine
- buprénorphine en centres spécialisés
- buprénorphine chez des médecins spécialistes
- buprénorphine chez tous médecins
- Pas de données



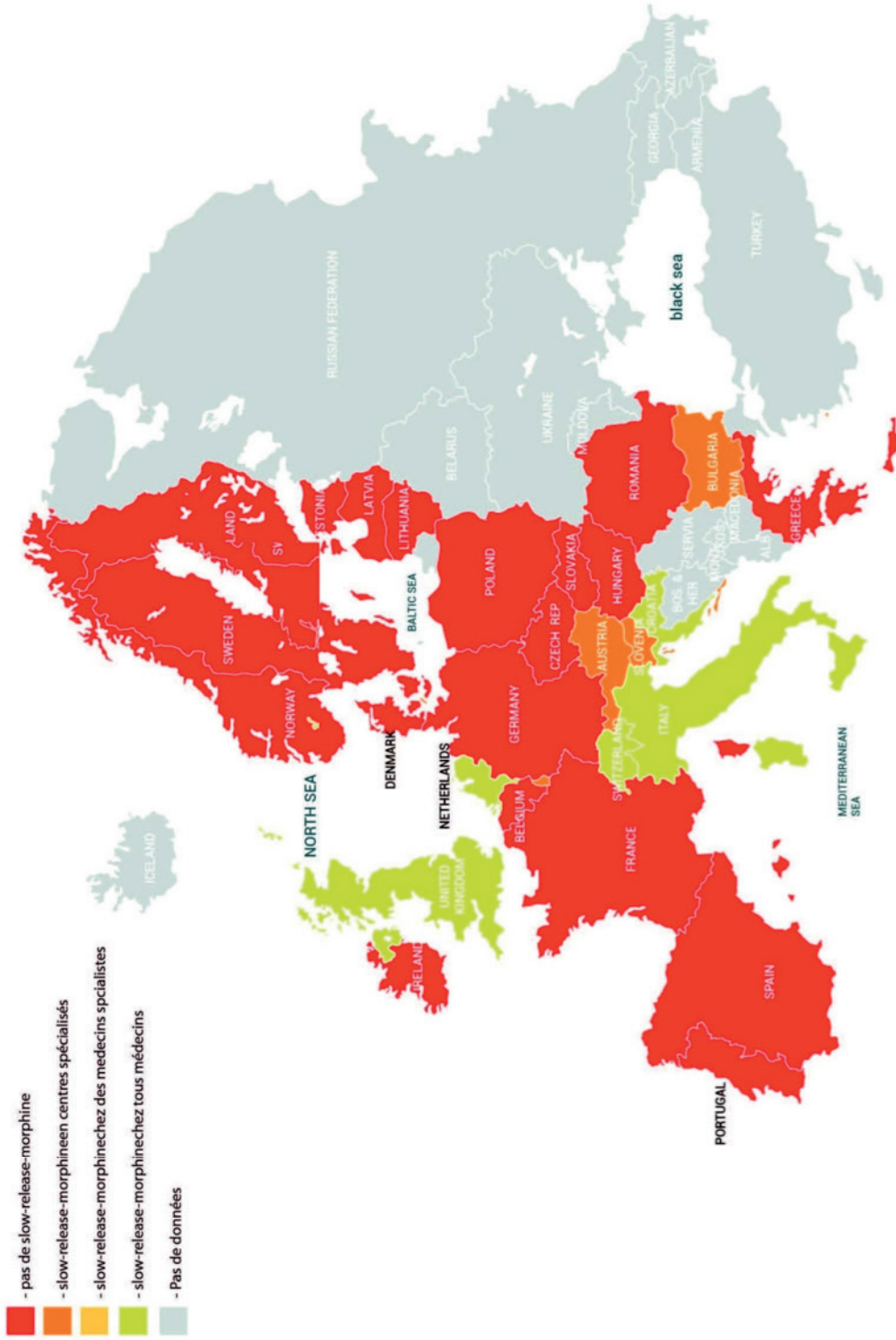
European monitoring center for Drugs and Drug Addiction, treatment providers, 2017; Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2017

Carte 5 - Prestataires de soins: naloxone (Suboxone)



European monitoring center for Drugs and Drug Addiction, treatment providers, 2017; Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2017

Carte 6 - Prestataires de soins: morphine retard



European monitoring center for Drugs and Drug Addiction, treatment providers, 2017; Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2017

A4. الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (المادة 12) - التعليق العام رقم 14: مقتطفات 24

الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية)

الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية)

1. الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان لا غنى عنه من أجل التمتع بحقوق الإنسان الأخرى. ويحق لكل إنسان أن يتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه ويفضي إلى العيش بكرامة. [...]

3. ويرتبط الحق في الصحة ارتباطاً وثيقاً بأعمال حقوق الإنسان الأخرى ويعتمد على ذلك، مثلما يرد في الشريعة الدولية لحقوق الإنسان، بما فيها الحق في المأكل، والمسكن، والعمل، والتعليم، والكرامة الإنسانية، والحياة، وعدم التمييز، والمساواة، وحظر التعذيب، والخصوصية، والوصول إلى المعلومات، وحرية تكوين الجمعيات، والتجمع، والتنقل. فهذه الحقوق والحريات وغيرها هي جوانب لا تتجزأ من الحق في الصحة. [...]

4. غير أن الإشارة الواردة في المادة 12(1) من العهد إلى "أعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه" لا تقتصر على الحق في الرعاية الصحية. وعلى العكس من ذلك، تنطوي خلفية صياغة المادة 12(2) وألفاظها الصريحة على إقرار بأن الحق في الصحة يشمل طائفة عريضة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تهيئ الظروف السانحة للناس بأن يعيشوا حياة صحية، كما تشمل المقومات الأساسية للصحة مثل الغذاء والتغذية، والمسكن، والحصول على مياه الشرب المأمونة والإصحاح الكافي، والعمل في ظروف آمنة وسليمة، وبيئة صحية. [...]

8. ولا ينبغي فهم الحق في الصحة على أنه الحق في التمتع بصحة جيدة فقط فالحق في الصحة يشمل حريات وحقوقاً على حد سواء. أما الحريات فتتضمن حق الإنسان في التحكم في صحته وجسده، بما في ذلك حريته الجنسية والإنجابية، والحق في أن يكون في مأمن من التدخل، مثل الحق في أن يكون في مأمن من التعذيب، ومن معالجته طبياً أو إجراء تجارب طبية عليه بدون رضاه. وأما الحقوق فتشمل الحق في الاستفادة من نظام للحماية الصحية يتيح التكافؤ في الفرص أمام الناس للتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. [...]

11. ويتمثل جانب هام آخر في مشاركة السكان في كامل عملية اتخاذ القرارات المرتبطة بالصحة على الصعيد المجتمعية والوطنية والدولية. [...]

12. ويشمل الحق في الصحة، بجميع أشكاله وعلى جميع المستويات، العناصر المترابطة والأساسية التالية التي يتوقف تطبيقها الدقيق على الظروف السائدة في دولة طرف محددة:

(أ) التوافر يجب أن توفر الدولة الطرف القدر الكافي من المرافق العاملة المعنية بالصحة العامة والرعاية الصحية وكذلك من السلع والخدمات والبرامج. [...]

(ب) إمكانية الوصول ينبغي أن يتمتع الجميع، بدون تمييز، بإمكانية الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات الصحية (6)، داخل نطاق الولاية القانونية للدولة الطرف. وتتسم إمكانية الوصول بأربعة أبعاد متداخلة هي:

(i) عدم التمييز: يجب أن يتمتع الجميع بإمكانية الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات الصحية، ولا سيما أكثر الفئات ضعفاً أو تهميشاً من بين السكان بحكم القانون وبحكم الواقع، دون أي تمييز على أساس أي سبب عن الأسباب المحظورة (7).

(ii) إمكانية الوصول مادياً: ينبغي أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية متاحة مادياً وعلى نحو مأمون لجميع فئات السكان، خاصة الفئات الضعيفة أو المهمشة، مثل الأقليات والإثنية والشعوب الأصلية، والنساء، والأطفال، والمرهقين، وكبار السن، والمعوقين والأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. [...]

(iii) إمكانية الوصول اقتصادياً (القدرة على تحمل النفقات): يجب أن يتمكن الجميع من تحمل نفقات المرافق والسلع والخدمات الصحية. وينبغي أن يقوم سداد قيمة خدمات الرعاية الصحية وخدمات المقومات الأساسية للصحة على مبدأ الإنصاف الذي يكفل القدرة للجميع، بما فيهم الفئات المحرومة اجتماعياً، على دفع تكلفة هذه الخدمات سواء أكانت مقدمة من القطاع الخاص أو من القطاع العام. ويقضي الإنصاف عدم تحميل الأسر الفقيرة عبء نفقات صحية لا يتناسب مع قدرتها مقارنة بالأسر الأغنى.

(iv) إمكانية الوصول إلى المعلومات: تشمل هذه إمكانية الحق في التماس المعلومات والأفكار (8) المتعلقة بالمسائل الصحية والحصول عليها ونقلها. غير أنه لا ينبغي لإمكانية الوصول إلى المعلومات أن تؤثر على الحق في الحفاظ على سرية البيانات الصحية الشخصية.

(ج) المقبولية: ينبغي أن تراعى في جميع المرافق والسلع والخدمات الصحية المبادئ الأخلاقية الطبية وأن تكون مناسبة ثقافياً، أي أن تحترم ثقافة الأفراد، والأقليات، والشعوب، والمجتمعات، وأن تراعى متطلبات الجنسين ودورة الحياة، وأن يتيح تصميمها احترام مبدأ السرية وتحسين الحالة الصحية للأشخاص المعنيين.

(د) الجودة: من اللازم أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية مقبولة ثقافياً، كما ينبغي أن تكون مناسبة علمياً وطبياً وذات نوعية جيدة. ويتطلب ذلك، في جملة أمور، موظفين طبيين ماهرين، وعقاقير ومعدات استشفائية معتمدة علمياً ولم تنته مدة صلاحيتها، ومياه شرب مأمونة، وإصحاحاً مناسباً. [...]

16. [...] ويشمل الحق في العلاج إنشاء نظام للرعاية الطبية العاجلة في حالات الحوادث، والأوبئة، والمخاطر الصحية المماثلة، وتقديم الإغاثة في حالات الكوارث والمساعدة الإنسانية في حالات الطوارئ. وتشير مكافحة الأمراض إلى الجهود التي تبذلها الدول بصورة فردية أو مشتركة من أجل جملة أمور، من بينها إتاحة التكنولوجيات ذات الصلة باستخدام وتحسين نظم مراقبة الأوبئة وجمع البيانات على أساس مفصل، وتنفيذ أو تعزيز برامج التحصين وغيرها من استراتيجيات مكافحة الأمراض المعدية. [...]

17. تشمل تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض "الجسدي والعقلي" (المادة 12-2(د))، توفير إمكانية الوصول على قدم المساواة وفي الوقت المناسب إلى الخدمات الصحية الأساسية الوقائية والعلاجية والتأهيلية، والتثقيف الصحي؛ وبرامج الفحص المنتظم؛ والعلاج الملائم للأمراض السائدة، والإصابات، وحالات العوق، ويفضل أن يكون ذلك على الصعيد المجتمعي؛ وتوفير العقاقير الأساسية؛ والعلاج والرعاية المناسبين للصحة العقلية. [...]

18. يحظر العهد، بموجب المادة 2-2 والمادة 3، أي تمييز في الحصول على الرعاية الصحية والمقومات الأساسية للصحة، وفي الوصول إلى وسائل وحقوق الحصول عليها، بسبب العرق، أو اللون، أو الجنس، أو اللغة، أو الدين، أو الرأي السياسي أو غير السياسي، أو الأصل القومي أو الاجتماعي، أو الثروة، أو النسب، أو العجز البدني أو العقلي، أو الحالة الصحية (بما في ذلك الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز)، أو الميول الجنسية، أو المركز المدني أو السياسي أو الاجتماعي أو مركز آخر، يرمي أو يؤدي إلى إبطال أو إعاقة التمتع بالحق في الصحة أو ممارسته على قدم المساواة. وتؤكد اللجنة إمكانية اتخاذ العديد من التدابير، مثل معظم الاستراتيجيات والبرامج الرامية إلى القضاء على التمييز المرتبط بالصحة، بقدر ضئيل من الآثار المترتبة على الموارد عن طريق اعتماد أو تعديل أو إلغاء بعض التشريعات، أو نشر المعلومات. [...]

19. وفيما يتعلق بالحق في الصحة، يجب التركيز على تكافؤ فرص الحصول على الرعاية الصحية والخدمات الصحية. وتلتزم الدول التزاماً خاصاً بتوفير ما يلزم من التأمين الصحي ومرافق الرعاية الصحية للأفراد الذين يفتقرون إلى الموارد الكافية، وبمنع أي تمييز يستند إلى الأسباب المحظورة دولياً في توفير الرعاية الصحية والخدمات الصحية، خاصة فيما يتعلق بالالتزامات الرئيسية في إطار الحق في الصحة (16). [...]
23. وعلى الدول الأطراف أن توفر بيئة آمنة وداعمة للمراهقين تكفل لهم فرصة المشاركة في اتخاذ القرارات التي تؤثر على صحتهم، وتعلمهم المهارات الحياتية، واكتساب المعلومات الملائمة، والحصول على المشورة، والتحدث عن الخيارات التي يتخذونها بشأن سلوكهم الصحي. [...]
28. تستخدم الدول أحياناً قضايا الصحة العامة كمبررات لتقييد ممارسة حقوق أساسية أخرى. [...]
29. تمثيلاً مع المادة 5 من الفصل 1، يجب أن تكون هذه القيود تناسبية، أي يجب اعتماد أقل البدائل تقييداً عندما تتاح عدة أنواع من القيود. وحتى عندما يُسمح بهذه القيود أساساً لأسباب تتعلق بحماية الصحة العامة، ينبغي أن تكون منها محدودة، مع توفر إمكانية إعادة النظر فيها.
30. لنن كان العهد ينص على الإعمال التدريجي للحقوق ويسلم بالضغط الناشئة عن محدودية الموارد المتاحة، فهو يفرض أيضاً على الدول الأطراف التزامات شتى لها أثر فوري. فعلى الدول الأطراف التزامات مباشرة فيما يتعلق بالحق في الصحة، مثل ضمان ممارسة الحق دون تمييز من أي نوع كان (المادة 2-2) والالتزام باتخاذ خطوات (المادة 2-1) نحو الإعمال الكامل للمادة 12. ويجب أن تكون هذه الخطوات مدروسة وملموسة وهادفة إلى الإعمال الكامل للحق في الصحة (20). [...]
32. ومثلما هي الحال بالنسبة لجميع الحقوق الأخرى في العهد، هناك افتراض قوي بأنه من غير المسموح به اتخاذ تدابير تراجعية فيما يتعلق بالحق في الصحة. [...]
33. ويفرض الحق في الصحة، مثله في ذلك مثل جميع حقوق الإنسان، ثلاثة أنواع أو مستويات من الالتزامات على الدول الأطراف، وهي: الاحترام والحماية والإنفاذ. ويشتمل الالتزام بالإنفاذ، بدوره، على التزامات بالتيسير والتوفير والتعزيز (23). ويتطلب الالتزام بالاحترام من الدول أن تمتنع عن أي عرقلة مباشرة أو غير مباشرة للتمتع بالحق في الصحة. ويقضي الالتزام بالحماية أن تتخذ الدول تدابير من شأنها أن تمنع أطرافاً ثالثة من إعاقة ضمانات المادة 12. وأخيراً، يتطلب الالتزام بالإنفاذ أن تعتمد الدول تدابير قانونية وإدارية وتدابير تتعلق بالميزانية وتدابير قضائية وتشجيعية ملائمة من أجل الإعمال الكامل للحق في الصحة. [...]
36. ويتطلب الالتزام بالإنفاذ من الدول الأطراف جملة أمور من بينها الإقرار الوافي بالحق في الصحة في نظمها السياسية والقانونية الوطنية، ومن الأفضل أن يكون ذلك عن طريق التنفيذ التشريعي، وكذلك اعتماد سياسة صحية وطنية مصحوبة بخطة تفصيلية لإعمال الحق في الصحة. [...] ويتعين على الدول أن تؤمن التكوين الملائم للأطباء وغيرهم من الموظفين الطبيين، وتوفير عدد كافٍ من المستشفيات والمستوصفات وغير ذلك من المرافق ذات الصلة بالصحة، وتشجيع ودعم إنشاء مؤسسات تقدم المشورة وخدمات الصحة العقلية، مع إيلاء الاعتبار اللازم للتوزيع العادل في كافة أنحاء البلد. وهناك التزامات أخرى تشمل على توفير نظام تأمين صحي عام أو خاص أو مختلط يستطيع الجميع تحمل نفقاته، وعلى تشجيع البحث الطبي والتربية الصحية، فضلاً عن الحملات الإعلامية، خاصة فيما يتعلق بالإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والصحة الجنسية والإنجابية، والممارسات التقليدية، والعنف المنزلي، والإفراط في شرب الكحول وتدخين السجائر، وتعاطي المخدرات وغيرها من المواد الضارة. [...]
40. والدول الأطراف المتقدمة اقتصادياً تتحمل مسؤولية خاصة ولديها مصلحة خاصة في مساعدة الدول النامية الأشد فقراً في هذا الصدد. [...]
42. ولئن كانت الدول وحدها هي الأطراف في العهد، وبالتالي فهي المسؤولة في نهاية المطاف عن الامتثال له، فإن جميع أعضاء المجتمع – الأفراد، بمن فيهم الموظفون الصحيون، والمجتمعات المحلية، والمنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية، ومنظمات المجتمع المدني، فضلاً عن قطاع الأعمال التجارية الخاصة – يتحملون مسؤوليات فيما يتعلق بإعمال الحق في الصحة. ومن ثم ينبغي للدول الأطراف أن تهيئ مناخاً ييسر الوفاء بهذه المسؤوليات. [...]
43. في التعليق العام رقم 3، تؤكد اللجنة أن على الدول الأطراف التزاماً أساسياً [...]:
- (أ) تأمين حق الاستفادة من المرافق الصحية والحصول على السلع والخدمات الصحية على أساس غير تمييزي، خصوصاً للفئات الضعيفة والمهمشة؛ [...]
- (د) توفير العقاقير الأساسية، على نحو ما تم تحديده من وقت إلى آخر في إطار برنامج عمل منظمة الصحة العالمية المتعلقة بالعقاقير الأساسية؛
- (هـ) تأمين التوزيع العادل لجميع المرافق والسلع والخدمات الصحية؛
- (و) اعتماد وتنفيذ استراتيجيات وخطة عمل وطنيتين للصحة العامة، إذا ظهرت أدلة على وجود أوبئة، بحيث تستجيبان للشواغل الصحية لجميع السكان؛ وينبغي تصميم الاستراتيجيات وخطة العمل، واستعراضهما بشكل دوري، في سياق من المشاركة والشفافية؛ ويجب أن تشمل على وسائل، مثل مؤشرات الحق في الصحة ومعايير المرجعية، يمكن عن طريقها رصد التقدم رسداً دقيقاً؛ وهذه العملية التي تصمم في سياقها الاستراتيجية وخطة العمل، فضلاً عن محتواها، ينبغي أن تولي اهتماماً خاصاً لجميع الفئات الضعيفة أو المهمشة.
44. كما تؤكد اللجنة ما يلي كالتزامات ذات أولوية مماثلة: [...]
- (هـ) توفير التكوين الملائم للموظفين الصحيين، بما في ذلك التدريب في مجال الصحة وحقوق الإنسان. [...]
51. تنشأ انتهاكات الالتزام بالحماية من عدم اتخاذ الدولة كل التدابير اللازمة لحماية الأشخاص الخاضعين لولايتها من انتهاك حقهم في الصحة من جانب أطراف ثالثة. وتتضمن هذه الفئة أمثلة من التقصير مثل [...] وعدم حماية النساء من العنف أو ملاحقة مرتكبي العنف؛ وعدم محاربة استمرار ممارسة التقاليد الطبية أو الثقافية المتوارثة الضارة؛ [...]
56. وينبغي للدول الأطراف أن تنظر في اعتماد قانون إطارى لوضع استراتيجيتها الوطنية المتعلقة بالحق في الصحة موضع التطبيق. وينبغي لهذا القانون الإطارى أن ينشئ آليات لرصد تنفيذ استراتيجيات وخطة عمل الصحة الوطنية. كما ينبغي أن يتضمن أحكاماً بشأن الأهداف المراد تحقيقها والإطار الزمني لتحقيقها؛ ويحدد الوسائل التي تمكن من استيفاء المعايير المرجعية للحق في الصحة؛ والتعاون المعتزم مع المجتمع المدني، الذي يشمل الخبراء في مجال الصحة، والقطاع الخاص، والمنظمات الدولية؛ [...]
57. ينبغي للاستراتيجيات الوطنية للصحة أن تحدد مؤشرات ومعايير مرجعية مناسبة بشأن الحق في الصحة. [...]
59. ينبغي أن تتوفر لأي شخص يجرم من حقه في الصحة سواء أكانوا أفراداً أم جماعات، إمكانية الوصول إلى سبل انتصاف قضائية فعالة أو أي سبل انتصاف أخرى على المستويين الوطني والدولي (30). [...]

المذكرات

6. تشمل أي إشارة في هذا التعليق العام إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية المقومات الأساسية للصحة الموجزة في الفقرتين 11 و12(أ) من هذا التعليق العام، ما لم يرد نص صريح بخلاف ذلك.
7. انظر الفقرتين 18 و19 من هذا التعليق العام.
8. انظر المادة 2-19 من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية. ويركز هذا التعليق العام بشكل خاص على إمكانية الوصول إلى المعلومات بسبب أهمية هذه المسألة الخاصة فيما يتعلق بالصحة.
16. للاطلاع على الالتزامات الرئيسية، انظر الفقرتين 43 و44 من هذا التعليق العام.
20. انظر التعليق العام رقم 13، الفقرة 43.
23. وفقاً للتعليقين العامين رقمي 12 و13، يشتمل الالتزام بالإنفاذ على التزام بالتيسير والتزام بالتوفير. وفي هذا التعليق العام، يشتمل الالتزام بالإنفاذ أيضاً على التزام بالتعزيز نظراً للأهمية البالغة لتعزيز الصحة في عمل منظمة الصحة العالمية وغيرها.
30. بصرف النظر عما إذا كان يمكن للفئات بصفتها هذه أن تسعى للانتصاف بوصفها صاحبة حقوق مميزة، فإن الدول الأطراف ملزمة بالمادة 12 بكل من البعدين الجماعي والفردى. والحقوق الجماعية لها أهمية كبيرة في ميدان الصحة؛ والسياسة الحديثة للصحة العامة تعتمد بشدة على الحماية والتعزيز وهما نهجان موجهان أساساً إلى الجماعات. والحقوق الجماعية لها أهمية كبيرة في ميدان الصحة؛ والسياسة الحديثة للصحة العامة تعتمد بشدة على الحماية والتعزيز وهما نهجان موجهان أساساً إلى الجماعات.

A5. تشكيل مجموعات الخبراء والروابط المفيدة

فريق الخبراء

خبراء الدول: بيمان ألتان (وزارة الصحة، تركيا)، لورا أمي (معهد قانون الصحة التابع لجامعة نيوشاتل، سويسرا)، ايفين أراس كيلينج (وزارة الصحة، تركيا)، ومارك أورياكومب (المستشفى الجامعي في بوردو، فرنسا)، نبيل بن صالح (وزارة الصحة، تونس)، مانويل كاردوسو (المديرية العامة للتدخل في السلوكيات الادمانية والادمان، البرتغال)، ومحمد شاكلي (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الجزائر)، رمزي حداد (سكون، مركز الادمان اللبناني، لبنان)، روبرت هامخ (Universität Psychiatrische Dienste برن، سويسرا)، فاليري جونو (كلية القانون، جامعة جنيف ولوزان، سويسرا)، أندري كاستيليتش (مركز علاج الإدمان على المخدرات، سلوفينيا)، دومينيك لامي (الشبكة البديلة للارتها بالمخدرات-ALTO، بلجيكا)، ستماتيا ماركيلو (منظمة Gree k لمكافحة المخدرات، اليونان)، لوران ميشيل (مركز Pierre Nicole للرعاية والارشاد والوقاية في إطار علاج الادمان، الصليب الأحمر الفرنسي، فرنسا)، عبد الله أونير (كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية، جامعة عبد الملك السعدي بطنجة، المغرب)، جلال توفيق (المرصد الوطني للمخدرات والإدمان، المغرب)، ديبديه توزو (مجموعة مستشفيات Paul Guiraud، فرنسا)، إفلينا فينكفيتش (إدارة مكافحة المخدرات والتبغ ومكافحة الكحول الإدارة، ليتوانيا).

خبراء من منظمات دولية: أليساندرو بيرونا (المركز الأوروبي لرصد المخدرات والإدمان)، وليم ك. شولتن (مستشار، مفوض من قبل منظمة الصحة العالمية).

ممثلون عن المؤسسات: ماري أن كورنيه (الوكالة الوطنية لسلامة الأدوية والمنتجات الصحية، فرنسا)، كيرت دومز (دائرة الصحة العامة الاتحادية، بلجيكا)، كاتيا دوبري (البعثة المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدرات والسلوك الإدماني، فرنسا)، إليزابيث فيلتشغر (البعثة المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدرات والسلوك الإدماني، فرنسا).

مراقب من المجلس العلمي: ميغيل كاساس بروغ (مستشفى جامعة فال دي هيبرون، إسبانيا).

أعضاء اللجنة الاستشارية العلمية

مارك أنسو، نيكولا أوتير، تيلو بيك، أمين بنيامين، جاك بيسون، جان بيير كوترون، تشين بن إياب، جان بيير جيرفاسوني، إدوارد جي غورزيلانتش، كريستين غيلان، أوليفيه غيبو، جينيفر هاسيلجارد-درو، داغمار هيدريتش، بيرناديتا ليلونك-سكوليتا، لويس ليتلبييه دو سان جوست، إيكرو ماريماني، دانيال ميلي، وحاييم ميل، مارتين مونا، ماري أن نوجير، ومارك رايزنجر، وميشيل رينو، وأمروس أختينهاغن، فرانك زوبل، سيرج زومبيك، ودانييلي زولينو

مساهمون آخرون

أنثوني باميرت، كارولين دونان، شيريل ديكسون، بينوا غيارد، دوروثي غوترمان، إينيس فرنانديز، فيديريكو كاتيني، مارك جانري، ديمتري كولر، سيلينا لوبرينو، سارة مايولو، ماورو ماير، باتيست نوفييه، بابلو سانز، ألكسندر تومي، مود فاليشي

الاعلان عن وجود تضارب المصالح

عند جمع البيانات لإنشاء ملف عن كل من الخبراء، سُئلوا عما إذا كانوا قد عملوا سابقاً، بشكل فردي أو من خلال المنظمة التي ينتمون إليها، في مختبر مشارك في تطوير أو تسويق المنتجات المستعملة في علاج متلازمة الاعتماد (الأدوية، الاختبارات البيولوجية، معدات طبية معينة، إلخ).

لم يُبلغ مارك أورياكومب عن روابط بصفة فردية ولكنه تحدث عن شراكات لجامعة بوردو ومؤسساتها مع كل من المختبرات الصيدلانية التالية RBPharma وMundipharma وLundbeck وDAPharma وFerrer.

أما بالنسبة للوران ميشيل، فلم يُصرح عن أية روابط خلال السنتين الاخيرتين، ولكنه يشير إلى أنه عمل لحساب المختبرات الصيدلانية Bouchara وReckitt وEtypharm.

من جانبه، وليم ك. شولتن بصفته استشاري مستقل فانه يوفر خدمات حول الأنظمة والسياسات المتعلقة بالمؤثرات النفسانية لكل من DrugScience، Grünenthal، Jazz Phar-maceuticals، Mundipharma-Pinney Associates ومنظمة الصحة العالمية.

هذا وأشار ديبديه توزو إلى أنه قد عمل لحساب المختبرات الصيدلانية Lundbeck France وRB Pharmaceuticals France.

